

Le risque invalidité dans la législation des assurances sociales

par

Denyse DANIEL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT
présentée et soutenue le Mercredi 8 Mars 1939, à 14 heures

MEMBRES DU JURY

Président de thèse : **M. Roger PICARD**, Professeur

Assesseurs : **MM. LESCURE** et **DOLLÉANS**, Professeurs

PARIS - 5^e

LIBRAIRIE SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

3, Rue Soufflot, 3

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547920_0048

LE RISQUE INVALIDITÉ
DANS LA LÉGISLATION
DES ASSURANCES SOCIALES

Le risque invalidité dans la législation des assurances sociales

par

Denyse DANIEL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT
présentée et soutenue le Mercredi 8 Mars 1939, à 14 heures

MEMBRES DU JURY

Président de thèse : **M. Roger PICARD**, Professeur

Assesseurs : **MM. LESCURE** et **DOLLÉANS**, Professeurs

PARIS - 5°

LIBRAIRIE SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

3, Rue Soufflot, 3

1939

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



INTRODUCTION

Il est acquis que le progrès exige un système de sécurité sociale protégeant les travailleurs et leur famille contre les risques de l'existence.

En effet, la médiocrité des ressources dont bénéficient la majorité des salariés ne permet pas à ces derniers de contracter une assurance personnelle leur offrant suffisamment de garanties.

D'autre part, il apparaît nécessaire de lutter contre l'imprévoyance d'individus qui, en cas de revers, deviennent une charge pour la communauté.

Pour concilier ces divers points de vue, la plupart des gouvernements ont institué l'assurance obligatoire avec participation financière de l'employeur.

L'expérience a confirmé la valeur d'une formule qui doit rallier l'unanimité des suffrages puisque, tout en apportant une aide précieuse aux sinistrés de la vie, elle permet généralement d'améliorer l'équipement sanitaire du pays.

En France, l'élaboration de la loi sur les assurances sociales a été particulièrement difficile.

Promulgué le 5 avril 1928, le texte primitif devait être renvoyé à plusieurs reprises devant les commissions compétentes et n'entrer en vigueur que le 1^{er} juillet 1930.

Or, bien qu'ayant été facilité par l'expérience acquise au delà de nos frontières, le travail du législateur d'alors ne devait pas s'avérer totalement exempt de critiques.

Comme, d'autre part, la moindre imperfection révélée par la mise en application de la loi était aussitôt déformée ou démesurément grossie par les habituels détracteurs de toute innovation, les assurances sociales durent subir une forte vague d'impopularité.

Aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre ; et après les premiers balbutiements de l'enfance, l'assurance sociale est devenue une grande fillette de huit ans dont les possibilités augmentent chaque jour et qui peut inspirer à ceux qui la concurent ou l'éduquèrent la plus légitime fierté.

On regrettera seulement que le soin d'atténuer les effets d'un chômage toujours menaçant ait été laissé aux collectivités d'assistance.

La législation actuellement en vigueur protège les assurés contre les risques maladie, invalidité, vieillesse et décès et comporte une participation aux charges de famille et de maternité dans les conditions prévues par les décrets-lois des 28 octobre 1935 et 14 juin 1938.

L'étude de chacune des formes de l'assurance sociale présente un incontestable intérêt, mais il semble qu'en raison de la nouveauté du sujet, celle de l'invalidité soit plus particulièrement attrayante.

En effet, la notion de l'invalidité telle qu'elle tend de plus en plus à se développer est bien différente de celle qui était admise dans le passé.

Si l'invalidé d'aujourd'hui est fréquemment un malade évolutif et récupérable, celui d'hier était essentiellement un mutilé ou un paralytique irrémédiablement amoindri.

La sollicitude témoignée par le législateur d'alors en faveur de ces infirmes était d'ailleurs bien relative et ne se manifestait que sous deux formes.

S'il s'agissait d'un adhérent à une société de secours

mutuels, la loi du 14 avril 1898 prévoyait la possibilité d'une liquidation anticipée de la pension de vieillesse au prorata du nombre d'années de versements ; l'invalidité étant, dans ce cas, considérée comme une vieillesse prématurée.

Mais la rente qui résultait de cette liquidation était parfois extrêmement réduite et ne pouvait, en vérité, mériter l'appellation de pension d'invalidité.

En fait, seule la loi du 9 avril 1898 avait partiellement résolu la question en prévoyant, dès consolidation de la blessure, l'octroi d'une pension en faveur des victimes d'un accident du travail.

La garantie contre le risque professionnel ne devait être qu'un premier pas vers une législation sociale plus complète.

En instaurant l'assurance invalidité, les promoteurs de la loi du 30 avril 1930 ont réalisé la protection intégrale du travailleur.

Il a semblé opportun de diviser le présent ouvrage en deux parties distinctes, la première consacrée à l'assurance invalidité par rapport aux individus, la seconde réservée à l'étude du fonctionnement de la loi par rapport aux organismes.

PREMIÈRE PARTIE

L'assurance invalidité par rapport aux individus

CHAPITRE I

Bénéficiaires

L'intérêt témoigné par le législateur à la famille de l'assuré social est incontestable.

Sans vouloir aborder l'étude d'un sujet particulièrement intéressant, on peut rappeler brièvement l'institution de l'assurance décès, la possibilité de réversibilité de la pension de vieillesse en faveur du conjoint survivant, le droit de la femme de l'assuré aux prestations en nature de l'assurance maternité et celui de son conjoint et de ses enfants à celles de l'assurance maladie.

Cependant, pour d'impérieuses raisons d'ordre financier qu'il apparaît superflu de justifier, la famille de l'assuré social est totalement exclue de l'assurance invalidité.

Celle-ci ne couvre les assurés qu'à titre personnel, et c'est là une de ses caractéristiques essentielles.

Par contre, tous les assurés sociaux, sans exception, sont en droit d'en invoquer le bénéfice.

Pour le faire valablement, ils doivent réunir certaines conditions qui leur sont imposées par la loi et qui peuvent être classées en deux catégories distinctes :

1° Conditions d'ordre médical (pourcentage d'invalidité, origine de l'affection) ;

2° Conditions d'ordre administratif (immatriculation, versements, âge).

Chacune d'elles va faire l'objet d'une étude approfondie au cours des chapitres qui vont suivre.

CHAPITRE II

Etat d'invalidité

Origine de l'affection

Aux termes de l'article 10, § 1^{er} du décret-loi du 28 octobre 1935, doit être considéré comme invalide

« l'assuré qui, à l'expiration du délai de 6 mois prévu par l'article 6 ou, en cas d'accident non régi par la loi sur les accidents du travail, après consolidation de la blessure, reste encore atteint d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail. »

Dé l'étude même de ce texte, il ressort que l'invalidité est la continuation de l'assurance maladie-maternité ; un malade tarde à se guérir, une blessure est longue à se fermer, une femme ne se remet pas de ses couches, du seul fait que ces manifestations se prolongent au delà des délais admis, l'assurance invalidité entre en jeu.

L'assuré ne pourra faire valoir ses droits aux prestations prévues par l'article 10 qu'après épuisement de celles auxquelles il pouvait prétendre en vertu de l'article 6.

Règle impérative qui ne comporte qu'une exception : en cas d'accident, la demande peut être présentée dès consolidation de la blessure.

Ainsi se trouve exclu de l'assurance invalidité l'assuré qui n'a pas bénéficié de l'assurance maladie en application du principe en vertu duquel n'ouvrent pas droit aux prestations des assurances sociales les maladies et les blessures susceptibles d'être indemnisées au titre d'autres légis-

lations et notamment de celles régissant les accidents du travail, les maladies reconnues comme ayant un caractère professionnel et les affections d'origine militaire.

L'assuré victime d'un accident du travail bénéficie des dispositions de la loi du 9 avril 1898 et, de ce fait, n'a rien à prétendre des caisses d'assurances sociales lorsque ses droits ne sont pas contestés par l'employeur ou l'assureur substitué.

Par contre, en cas de litige, l'intéressé obtient, à titre provisionnel, les prestations en nature de l'assurance maladie s'il justifie avoir engagé à l'encontre de son employeur une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à pension.

A cet effet, il doit présenter les pièces justificatives prévues par l'art. 89, § 1^{er} du décret du 19 mars 1936, c'est-à-dire, à défaut de l'exploit introductif d'instance, une pièce délivrée, soit par le greffier de la Justice de paix, soit par un avoué auprès du Tribunal civil, soit par le secrétaire du bureau d'assistance judiciaire.

Si le Tribunal civil reçoit l'assuré en sa demande, les prestations servies à l'intéressé entrent en ligne de compte dans le montant de celles qui lui sont dues par l'employeur et sont remboursées directement à la Caisse maladie par ce dernier (article 89 du décret du 19 mars 1936).

En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées restent acquises à l'assuré (art. 20, § 4 du décret-loi du 28 octobre 1935).

Là se borne la sollicitude du législateur en faveur des assurés sociaux victimes d'un accident du travail.

En effet, lorsque l'instance se prolonge au delà du délai de prise en charge par la caisse maladie, les prestations de

l'assurance invalidité ne peuvent être exigées, même à titre provisionnel.

Il en est de même lorsque le Tribunal a prononcé la condamnation d'un employeur insolvable ou lorsque l'échec de l'action judiciaire entreprise est motivé par le défaut de l'assuré d'avoir rempli une des formalités imposées par la loi du 9 avril 1898.

Cependant, si la responsabilité de l'employeur a été dégagée par un jugement déniaut tout caractère professionnel à l'affection dont le salarié est atteint, celui-ci peut prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité.

C'est pourquoi, lors de toute demande émanant d'un assuré déjà titulaire d'une rente d'accident du travail, la caisse doit examiner s'il y a relation entre l'impotence fonctionnelle pour laquelle il se prévaut de l'assurance invalidité et celle qui a motivé l'attribution de la pension professionnelle.

Dans l'affirmative, l'intéressé est invité à se retourner vers son employeur.

L'assuré atteint d'une maladie de caractère professionnel a droit aux réparations prévues par la loi du 25 octobre 1919 et les dispositions qui lui sont applicables sont, en matière d'assurances sociales, identiques à celles des bénéficiaires de la législation sur les accidents du travail.

L'exclusion des assurés justiciables de la loi régissant les pensions militaires est moins formellement exprimée.

En effet, les pensionnés de guerre ont toujours pu cumuler les arrérages de leur pension et les prestations en espèce de l'assurance maladie quelle que soit la nature de l'affection ayant entraîné l'arrêt de travail.

D'autre part, lorsqu'une blessure de guerre est aggravée par un accident, les prestations sont exclusivement à la

charge des assurances sociales (Réponse ministérielle 9756 du 7-11-34).

Mais en matière d'invalidité l'exclusion s'impose lorsque l'affection justifiant la demande a donné lieu par ailleurs à l'attribution d'une pension militaire.

L'article 18, § 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoit que si la caisse conteste l'origine de l'infirmité, blessure ou maladie, il appartient à l'assuré de faire la preuve que celle-ci ne relève pas de la loi du 31 mars 1919.

La production de la décision de la commission de réforme est susceptible de satisfaire l'organisme d'assurances sociales qui peut obtenir, par ailleurs, un complément d'informations auprès du service des soins gratuits de la préfecture (Circulaire n° 23 du 16 mai 1936).

Se dégageant des principes mêmes de notre droit, une exception vient s'ajouter à celles déjà étudiées.

Aux termes de l'article 25, § 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, « ne donnent lieu à aucune prestation en argent les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré ».

Des divergences existent sur le sens qu'il faut donner à la faute intentionnelle.

Certains prétendent qu'il faut entendre non point toute faute en général, mais uniquement celle consistant en une mutilation volontaire ou dans le fait de provoquer ou d'aggraver une maladie dans l'intention de s'assurer le bénéfice des secours prévus par les assurances sociales.

D'autres, s'appuyant sur la règle fondamentale que nul n'est fondé à se prévaloir de sa propre turpitude, voient faute intentionnelle dès que l'assuré a porté volontairement atteinte à sa capacité physique, sans tenir compte des motifs qui ont pu l'y pousser.

D'autres, plus rigoristes encore, estiment, en s'inspirant de la loi anglaise, que la mauvaise conduite de l'assuré, et notamment son intempérance, doit être également une cause de déchéance.

Reproduction littérale de l'art. 8, § 2, de la loi du 30 avril 1930, l'art. 25, § 2, précité est particulièrement laconique. Le Règlement d'administration publique du 19 mars 1936 n'apporte aucune précision supplémentaire, et les seuls éléments susceptibles d'éclairer la question sont fournis par la jurisprudence.

Un arrêt rendu le 6 juillet 1936 par la Cour de Cassation (1) précise en ses attendus « que constitue la faute intentionnelle de l'assuré, indépendamment de la faute commise dans la perpétration d'une infraction pénale, l'acte illicite intentionnel lorsqu'il a occasionné la maladie, les blessures ou l'infirmité de l'assuré ».

D'autre part, une décision prononcée le 23 mai 1938 par le Conseil supérieur des assurances sociales attribue à l'assuré D., éthylique chronique, le bénéfice d'une pension d'invalidité, « la législation des assurances sociales ne permettant pas de refuser l'indemnisation d'une infirmité par des motifs tirés de l'origine de cette infirmité ».

Malheureusement, cette jurisprudence peu abondante n'apportait de lumière que sur les deux points les moins discutables, et il y avait lieu de regretter l'absence de documentation sur la question la plus complexe : « Un assuré qui devient invalide à la suite d'une tentative de suicide a-t-il droit aux prestations en espèces des assurances sociales ? ».

La réponse vient d'être apportée par la Commission

(1) MAYS contre Caisse Régionale de Secours Mutuels de l'Adour.

Régionale d'Invalidité de Paris devant laquelle la Commission Départementale de la Seine avait renvoyé l'assuré G..., à qui la Fédération Mutualiste de la Seine, invoquant l'article 25, § 2, avait refusé le bénéfice de l'assurance invalidité.

A l'unanimité des voix, la Commission, réunie le 16 septembre 1938, a décidé l'attribution de la pension étant donné qu'« il apparaît que l'art. 25 susvisé ne saurait être retenu, que la tentative de suicide s'est produite au cours d'un état d'asthénie psychique causé par un choc émotionnel violent et qu'au terme du délai de maladie l'incapacité de travail était supérieure à 66 % ».

On ne peut que féliciter la juridiction responsable d'une décision qui démontre un esprit à la fois compréhensif et social et qui ralliera certainement l'unanimité des suffrages.

Une dernière catégorie d'assurés paraît devoir être exclue du bénéfice de l'invalidité.

Elle comprend les salariés qui étaient atteints d'une affection réduisant au moins des deux tiers leur capacité de travail lors de leur entrée dans l'assurance (1).

Exclusion qui peut apparaître particulièrement injuste si l'on songe qu'une partie de la cotisation des intéressés

(1) Une récente décision de la Commission Régionale d'Invalidité de Paris infirme le principe édicté ci-dessus (4 novembre 1938 - M. femme T.).

L'intéressée, aveugle lors de son immatriculation aux Assurances Sociales, occupait un emploi de téléphoniste qu'elle dut abandonner à la suite d'une affection qui, considérée en particulier, n'eut pas suffi à justifier aux yeux des experts une incapacité des deux tiers.

La pension d'invalidité sollicitée ayant été refusée, la Commission Régionale, saisie d'un appel, a rendu la décision suivante :

« Invalidité 100 % à l'expiration du délai de six mois, en raison de la cécité. »

Toutefois, il ne semble pas qu'il faille considérer la présente décision comme fixant un point de droit, car si l'on en faisait une règle absolue, tous les assurés atteints d'une grave infirmité, antérieurement à leur immatriculation, pourraient prétendre à une pension d'invalidité pour la plus bénigne des affections.

est ventilée en faveur d'organismes chargés de la gestion d'un risque contre lequel ils ne sont pas couverts.

Aussi, M. Pierre Laroque, dans un rapport présenté au Conseil Supérieur des assurances sociales, a-t-il estimé que les assurés susvisés auraient dû être considérés comme ayant atteint l'âge de soixante ans et par suite dispensés de toute contribution personnelle.

Mais si l'on songe aux complications d'ordre pratique que créerait l'examen médical de tout nouvel assuré social, on ne peut raisonnablement retenir cette suggestion.

D'ailleurs, en admettant même la possibilité de ce contrôle, il serait sévère de refuser à un travailleur la protection de la loi contre quatre risques, sous prétexte qu'il n'est pas possible de le garantir vis-à-vis d'un cinquième.

Il serait, dans ce cas, bien préférable d'agréer l'intéressé et de lui donner une compensation, soit en versant à son compte individuel la fraction de cotisations concernant l'assurance invalidité, soit en le dispensant personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques mis à la charge des assurés sociaux par l'article 6, § 9, du décret-loi du 28 octobre 1935.

Pourcentage d'invalidité. — Evaluation

Si l'on se réfère aux législations en vigueur tant en France qu'à l'étranger, on constate que l'invalidité peut être appréciée d'après trois conceptions :

1° L'invalidité qui consiste en une atteinte portée à l'intégrité physique de l'individu, indépendamment de toute considération économique ou professionnelle, la perte ou l'altération des organes ou fonctions du corps humain étant mesurée par rapport à l'homme normal ;

2° L'incapacité professionnelle évaluée d'après la diminution de la capacité de gain provoquée par l'invalidité dans la profession antérieure de l'individu rendu inapte à l'emploi qu'il occupait ou même à tout autre emploi dans cette corporation ;

3° L'incapacité générale de gain déterminée en fonction des possibilités d'emploi et de gain de l'invalidé sur le marché du travail.

Cette dernière formule, adoptée par le comité des experts réuni à Genève en 1936, est prise en considération dans les législations générales d'assurance visant un ensemble de salariés appartenant à des professions ou branches économiques diverses.

Il est tenu compte de l'incapacité professionnelle dans les législations spéciales d'assurance applicables à certaines professions comme, par exemple en France, la législation sur les gens de mer qui prévoit l'octroi d'une pension en faveur de ceux qui ne peuvent plus naviguer.

Bien qu'aucune nation n'ait retenu la notion d'incapacité physique, notre législateur semblait s'être imprégné de cette conception. En effet, l'article 10, § 2, de la loi de 1930 est ainsi conçu :

« Jusqu'à établissement d'un nouveau barème, le degré d'invalidité est évalué provisoirement d'après le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions, complété ou modifié par arrêté du ministre du Travail, après avis de la Section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales. »

Or, nul n'ignore que la législation sur les pensions militaires consacre très nettement le principe de l'incapacité physique.

Le barème annoncé fut fixé par un arrêté du 8 août 1933 et jusqu'au 1^{er} janvier 1936 il convint de s'y référer pour évaluer le degré de l'invalidité.

Il avait une valeur impérative : c'est ainsi qu'une cirrhose du foie ne conférait l'invalidité que si elle s'accompagnait d'ictère, de gros œdème ou d'hémorragies. Par contre, de nombreux avis défavorables étaient opposés à des cirrrosés ne présentant que des subictères, bien que l'état général fût particulièrement grave. Quand on se trouvait en présence d'impotences fonctionnelles multiples, pour apprécier dans son ensemble l'incapacité de travail, on adoptait le mode d'évaluation prévu par le barème des invalides de guerre (article 1112 de la loi du 31 mars 1919). Avec ce système, quand il s'agissait d'impotences fonctionnelles peu importantes mais nombreuses, on arrivait fréquemment à justifier une invalidité des deux tiers en faveur d'assurés conservant, en fait, des possibilités de travail appréciables.

En résumé, cette méthode, qui avait séduit au début parce qu'elle avait l'apparence trompeuse de la simplicité, ne correspondait nullement aux besoins réels des assurés et les références au barème ont rapidement causé bien des désillusions et suscité les critiques des médecins qui les trouvaient en opposition avec les réalités.

En effet, la plupart des prétendants au bénéfice de l'assurance invalidité sont atteints d'une maladie grave mais évolutive et non d'incapacité consolidée. De ce fait, l'expertise ne peut être basée sur des données numériques.

Au surplus, l'appréciation de l'invalidité n'est pas un problème qui se pose une fois et qui demande une réponse définitive ; c'est, au contraire, une surveillance continue et une succession de décisions provisoires cherchant à suivre aussi rapidement que possible les oscillations de l'incapacité de travail. La référence à des barèmes rigides et incomplets ne comportant pas d'échelles de gravité suf-

flsamment détaillées pour correspondre aux différentes phases de la maladie devait fatalement s'avérer néfaste.

Aussi, l'expérience acquise a-t-elle amené le législateur à apporter de profondes modifications au texte primitif et le décret-loi du 28 octobre 1935 consacre l'orientation rationnelle qui s'était imposée aux Caisses.

Si on y trouve la reproduction exacte de l'article 10, § 1^{er}, de la loi du 30 avril 1930, le § 2 est sensiblement transformé :

« Le degré d'invalidité est apprécié compte tenu de la capacité de travail restante et en faisant état des indications d'un barème établi par le ministre du Travail après avis de la Section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales. »

Ainsi, la prise en considération de la capacité de travail restante a pour but d'éviter l'application trop stricte du barème qui, du reste, n'a plus qu'une valeur indicative.

L'invalidité doit donc être évaluée dans un esprit large, en tenant compte de toutes les données du problème : apprécier la capacité de travail signifie estimer si l'assuré, étant donné son incapacité physique, sa situation sociale et ses possibilités de réadaptation, peut accomplir un travail qui lui permette d'obtenir une rémunération propre à lui garantir le moyen de vivre.

Comme les organismes d'assurances sociales ne semblaient pas être assez imprégnés de cette récente conception de l'invalidité, une circulaire ministérielle du 27 novembre 1937, s'inspirant de l'avis donné le 21 juillet 1937 par le Conseil Supérieur des assurances sociales, a cru devoir souligner les nouvelles dispositions.

Si l'invalidité ne se confond pas avec l'atteinte à l'intégrité physique, celle-ci reste cependant son élément essentiel. Elle sera appréciée en se référant au barème prévu

par l'arrêté du 30 août 1933, modifié par celui du 17 juillet 1935.

Certes, l'article 10, § 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 fait allusion à un barème qui doit être établi par le ministère du Travail, mais l'élaboration en est apparue si ardue à la Commission chargée de cette tâche essentiellement technique qu'aucun travail effectif n'a encore été produit.

Aussi, un arrêté du 10 mai 1937 remet-il provisoirement en vigueur le barème de 1933.

Il convient de souligner qu'il ne s'agit pas d'évaluer la capacité de travail actuelle par rapport à celle antérieure à la maladie, mais comparativement aux possibilités moyennes de l'homme sain. Aussi doit-on tenir compte des infirmités préexistantes à l'entrée dans l'assurance dès lors qu'elles n'entraînaient pas une diminution de la capacité de travail supérieure aux deux tiers ; l'incapacité est une, et il n'y a pas lieu de faire de discrimination entre les effets respectifs des diverses maladies ou infirmités.

Certes, la Section permanente du Conseil Supérieur des assurances sociales avait primitivement estimé qu'on ne pouvait faire état que des affections survenues postérieurement à l'entrée dans l'assurance (1), mais cette conception contraire au principe même d'une loi qui tend moins à indemniser pour un fait survenu pendant l'assurance qu'à garantir aux travailleurs un minimum de ressources, ne devait pas être suivie par la suite (2).

Toutefois, si, avant d'être assujetti aux assurances sociales, l'assuré a été victime d'un accident causé par un tiers et a obtenu réparation du préjudice causé, le taux d'incapacité résultant de cet accident ne saurait entrer

(1) VANDERVLiet, 3 août 1936.

(2) M. n° 1123, 4 avril 1938.

en ligne de compte ultérieurement pour l'appréciation du droit à la pension d'invalidité.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'infirmités déjà indemnisées au titre de la loi du 31 mars 1919, la rente attribuée en vertu de cette législation ne pouvant être cumulée avec la pension prévue par l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935.

L'article 18, § 3, de ce texte précise d'ailleurs qu'en cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident imputable à une cause différente de celle ayant ouvert le droit à pension militaire, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité (1).

Les mêmes dispositions sont applicables aux bénéficiaires des législations sur les accidents du travail et les maladies reconnues comme ayant un caractère professionnel.

Le relevé des lésions et impotences fonctionnelles ne saurait être un élément suffisant pour apprécier la réduction de la capacité de travail d'un individu, et il y a lieu de tenir compte également de son âge et de sa profession antérieure.

Il convient de considérer la profession, non en elle-même, mais en fonction des possibilités qu'elle révèle chez le travailleur en raison de sa formation et de son milieu social, car si le reclassement peut comporter un changement de métier, il ne doit pas entraîner un abaissement trop sensible de la situation de l'intéressé.

D'autre part, comme on ne saurait imposer à ce dernier un déplacement excessif, il ne faut tenir compte de l'état

(1) G. n° 1135. Décision du Conseil Supérieur des A. S., 4 avril 1938.

du marché du travail que dans la région où le salarié exerçait normalement son activité.

Il faut cependant se garder de faire de l'assurance invalidité une protection contre le chômage, capacité et possibilité de travail n'étant pas synonymes.

En fait, les cas où l'invalidité oblige l'assuré à changer de profession sont assez rares, l'immense majorité des bénéficiaires de l'article 10 étant constituée par des malades évolutifs.

La circulaire du 27 novembre 1937 précise en outre que, quel que soit le taux d'incapacité physique ressortant des barèmes, ce taux ne saurait prévaloir contre les données de fait résultant des salaires dont bénéficie l'assuré.

Cette dernière prescription est en contradiction formelle avec l'esprit du décret-loi du 28 octobre 1935 dont l'article 10, § 7, 1^{er} alinéa, édicte la règle suivante :

« Le service de la pension est suspendu en tout ou partie lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide. »

Le législateur a ainsi satisfait au désir de ceux qui contestent à l'assuré invalide le droit de disposer de ressources **supérieures à celles dont il jouissait avant sa maladie.**

On ne saurait donc, pour ce motif, refuser le bénéfice de l'assurance invalidité à l'assuré dont l'incapacité de travail est médicalement supérieure aux deux tiers.

CHAPITRE III

Conditions administratives*Immatriculation*

Afin d'assurer son équilibre financier et d'éviter les immatriculations n'ayant pour but que l'ouverture des droits aux prestations de l'assurance invalidité, la loi du 30 avril 1930, par son article 11, exigeait un stage de deux ans lors de la première constatation médicale de l'affection justifiant une demande de pension.

Ces dispositions ont été aggravées par l'article 10, § 4, du décret-loi du 28 octobre 1935 fixant la législation actuellement en vigueur : aux termes de cet article, l'assuré doit avoir été immatriculé depuis deux ans au moins au début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie ou l'accident.

De ce fait, un assuré immatriculé le 1^{er} octobre 1935 se verra attribuer une pension justifiée par une affection constatée le 1^{er} octobre 1937, alors que les prestations de l'assurance invalidité ne pourront être accordées à l'assuré immatriculé le 2 octobre 1935 pour une affection débutant le 31 décembre 1937.

Situation paradoxale à laquelle le décret-loi du 14 juin 1938 n'a apporté aucun remède.

D'autre part, il convient de signaler que la Commission départementale de la Seine, siégeant le 13 octobre 1938 à l'occasion d'un différend de cet ordre survenu entre la

Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse et l'Union Régionale de Paris, a décidé qu'il y avait lieu de rejeter la demande de pension d'invalidité formulée par l'assuré social Lesage Robert à la suite d'une maladie médicalement constatée le 26 mai 1937, l'intéressé n'étant immatriculé que depuis le 9 avril 1935.

Aucun attendu ne justifie cette décision, mais on est en droit de penser que la juridiction susvisée n'a pu que s'incliner devant un texte critiquable mais précis.

Versements

Si le décret-loi du 28 octobre 1935 s'est montré sévère en ce qui concerne la durée du stage imposé aux assurés sociaux, il leur a, par contre, apporté de larges compensations quant à l'activité dont ils auront dû faire preuve au cours de cette période.

En effet, sous l'empire de la loi du 30 avril 1930, l'assuré devait posséder à son compte les versements correspondant au moins à quatre cent quatre vingts cotisations journalières durant les deux années précédant le début de la maladie ou de l'accident, c'est-à-dire :

120 francs pour les assurés de 1^{re} catégorie

240	»	»	2°	»
360	»	»	3°	»
480	»	»	4°	»
800	»	»	5°	»

Conditions sévères, qui devaient être aggravées par une circulaire du 1^{er} décembre 1932 situant aux huit trimestres civils antérieurs à la première constatation médicale, la période de référence à considérer pour l'ouverture des droits.

Les versements exigés par le décret-loi du 28 octobre 1935

sont au contraire très minimes : aux termes de l'article 10, § 4, l'assuré doit avoir subi, par précompte sur son salaire, une retenue au moins égale à 60 francs pour chacune des deux années antérieures au début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie ou l'accident justifiant la demande de pension. Ainsi ne seront exclus du bénéfice de l'assurance invalidité que des travailleurs par trop intermittents.

On pourrait s'étonner de voir le droit à des prestations particulièrement onéreuses ouvert par des versements aussi réduits. Mais un examen plus approfondi de la question donne aussitôt l'explication désirée : la somme de soixante francs représente exactement la retenue opérée sur le salaire annuel minimum imposé pour être assuré social (1) et l'auteur du décret-loi du 28 octobre 1935 n'a pas voulu retomber dans l'erreur commise par son prédécesseur qui permettait d'attribuer une pension d'invalidité à des assurés ayant versé 120 francs, alors que celle-ci pouvait être refusée à des assurés justifiant de 795 francs de versements.

L'article 10, § 4, du décret-loi du 28 octobre 1935 dispose également que les droits des assurés doivent être appréciés compte tenu de certaines cotisations spéciales destinées à les sauvegarder en palliant à des insuffisances de versements indépendantes de la volonté des intéressés.

Ces cotisations sont énumérées par l'art. 7, § 6, du texte légal précité, les conditions d'attribution en sont les suivantes :

(1) Aux termes de l'article 1^{er}, § 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 : « ne sont pas considérées comme assurés obligatoires les personnes dont le salaire habituel au cours d'une année est inférieur à 1.000 francs. La double cotisation exigée pour les salaires oscillant entre 1.000 et 1.500 francs sera calculée sur la base d'un salaire annuel de 1.500 francs ».

Cotisations forfaitaires de l'assurance maladie (art. 7, § 5) :

« Pour toute maladie durant plus d'un mois, la caisse d'assurance verse pour le compte de l'assuré pour les mois ultérieurs une cotisation forfaitaire par quinzaine comportant l'octroi de prestations en espèces, quel que soit le nombre de journées indemnisées. Cette cotisation forfaitaire est égale au montant de l'indemnité journalière allouée à l'assuré avec un minimum de 6 francs. »

Cotisations forfaitaires de l'assurance maternité (art. 9, § 9) :

« La caisse d'assurance verse une cotisation forfaitaire de 24 francs pour le compte de l'assurée qui observe un repos total d'au moins six semaines à l'occasion d'un accouchement (1). »

Cotisations forfaitaires versées au compte des accidentés du travail (art. 20, § 5) :

« Lorsque l'accident entraîne une incapacité de travail de plus d'un mois, l'assuré a droit au versement à son compte d'une cotisation forfaitaire de 12 francs pour chaque mois entier au delà du premier mois, pendant la période d'incapacité de travail indemnisée.

« Cette cotisation est à la charge de l'employeur ou de l'assureur substitué. »

Cotisations forfaitaires versées au compte des chômeurs (art. 15) :

« Tout assuré de nationalité française se trouvant en état de chômage involontaire par manque de travail et inscrit à un Office public de placement, a droit au versement pour son compte d'une cotisation forfaitaire de 30 francs par trimestre civil comportant au moins 50 jours de chômage constaté, sans que ce versement puisse être effectué pour plus de deux trimestres consécutifs au cours d'une même année civile. »

(1) Lorsqu'une assurée cesse tout travail salarié pendant douze semaines ou plus et que cette période s'étend sur un seul trimestre civil ou sur la plus grande partie d'un trimestre civil, il est indispensable d'admettre que le versement de la cotisation forfaitaire a pour effet de régulariser la situation de cette assurée comme si elle justifiait d'une retenue de 15 francs pour ledit trimestre (réponse ministérielle n° 4842. *Journal Officiel* du 12 janvier 1938).

« Pour bénéficier de ces dispositions, l'assuré doit avoir subi sur son salaire pour les quatre trimestres civils précédant celui au cours duquel le chômage a commencé, une retenue totale au moins égale à 60 francs. Les cotisations forfaitaires versées en application des art. 7, § 5, 9, § 9 et 20, § 5, entrent en ligne de compte pour l'appréciation des droits au versement de la cotisation visée ci-dessus. »

La cotisation forfaitaire de vieillesse prévue par l'article 10, § 14, du décret-loi du 28 octobre 1935 en faveur des titulaires d'une pension d'invalidité fera l'objet d'une étude ultérieure.

Il convient, toutefois, de noter dès maintenant qu'en raison de sa destination nettement précisée par les textes, elle ne saurait être retenue lors de la détermination des droits.

Par ailleurs, il y a lieu d'examiner les dispositions de l'article 22 qui définit la situation des assurés ayant effectué un séjour sous les drapeaux :

Art. 1^{er}. — Les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période du service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux.

Art. 2. — Toutefois, l'assuré qui, à son départ, remplit les conditions légales de versements peut recevoir éventuellement la pension d'invalidité prévue à l'article 10 si la réforme est prononcée pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service et ne donnant pas lieu, de ce fait, à l'attribution d'une pension militaire.

Art. 3. — A son retour dans ses foyers, il est considéré comme ayant subi pendant la période du service militaire le minimum légal de versements ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie.

Les règles édictées par les deux premiers paragraphes n'appellent aucun commentaire particulier ; il suffira, pour apprécier les droits de l'intéressé, de considérer la date de l'incorporation comme étant celle de la première constatation médicale de l'affection ou de la blessure justifiant la demande de pension d'invalidité.

Lorsque la maladie survient postérieurement à sa libé-

ration, la situation de l'assuré apparaît plus complexe si l'on se réfère au nombre de différends qui se sont élevés au cours des années 1934 et 1935.

Il est vrai que l'article 55 de la loi du 30 avril 1930 qui fixait la législation alors en vigueur était uniquement composé des deux premiers paragraphes reproduits ci-dessus.

Toujours est-il qu'il est apparu suffisamment clair aux juridictions compétentes puisqu'on ne relève aucune contradiction dans les jugements rendus, ceux-ci ayant unanimement conclu à l'octroi des prestations lorsque l'assuré réunissait les versements correspondant à 480 cotisations journalières au cours des huit trimestres précédant le début de la maladie, la période passée sous les drapeaux étant considérée comme inexistante.

Mais le § 3 de l'article 22 pose un nouveau problème :

A-t-il pour but d'apporter à l'assuré une garantie supplémentaire au regard de l'assurance maladie ?

Doit-il, au contraire, être interprété comme suit :

« A son retour dans ses foyers, l'assuré est considéré comme ayant subi pendant la période du service militaire une retenue égale à 15 francs par trimestre ? »

Cette dernière solution apparaît la plus vraisemblable, mais son application systématique s'avérerait généralement préjudiciable à l'assuré lors du calcul de la pension.

C'est pourquoi on ne devra la retenir que pour pallier à l'insuffisance des versements antérieurs à l'incorporation lorsque l'utilisation de l'ancien mode d'appréciation entraînerait une décision de refus.

Enfin, pour épuiser la question du minimum de versements exigés des prétendants au bénéfice de l'assurance

invalidité, il convient d'examiner la situation particulière des assurés dont les cotisations ont été versées après survenance du risque.

Il est de règle en matière d'assurance qu'un organisme ne saurait garantir les conséquences d'un risque qu'autant que celui-ci ne se trouve pas réalisé au moment où sont versées les cotisations destinées à le couvrir.

Ce principe a trouvé son application dans le domaine des assurances sociales. Toutefois, en raison du caractère même de cette institution, il apparaissait difficile de ne pas sauvegarder les intérêts des assurés ayant régulièrement satisfait aux obligations légales, mais dont le compte présentait des irrégularités du fait de la carence de leur employeur.

Aussi le mutisme de la loi du 30 avril 1930 a-t-il amené la Cour de Cassation à considérer que l'assuré qui avait subi en temps utile le précompte de cotisations susceptibles d'ouvrir droit aux prestations ne pouvait supporter les conséquences du retard apporté par son employeur dans l'acquittement de la double contribution dès l'instant où ce dernier s'en libérait et acquittait en même temps les intérêts de retard.

Les auteurs du décret-loi du 28 octobre 1935, modifiant le régime des assurances sociales, ont eu la même préoccupation lorsqu'ils ont prévu à l'art. 21, § 5 de ce décret que si le salarié produisait les pièces prévues par l'article 44 A du Livre premier du Code du travail (1), la Caisse

(1) L'article 44 A du Livre 1^{er} du Code du Travail, modifié par la loi du 4 mars 1931, oblige l'employeur à délivrer au salarié, à l'occasion du paiement des salaires aux ouvriers et employés de commerce, de l'industrie et du règlement des commissions aux voyageurs et représentants de commerce, une pièce justificative indiquant le nom et la qualification professionnelle de l'ayant-droit et faisant ressortir le montant de la rémunération brute gagnée par celui-ci et, s'il y a lieu, le montant et la nature des diverses déductions opérées sur cette rémunération, ainsi que la rémunération nette.

d'assurance ne pouvait lui refuser le bénéfice des prestations correspondant aux retenues constatées sur lesdites pièces.

Mais cette disposition pourtant fort simple, *a priori*, n'a pas tardé à rencontrer certaines difficultés d'application.

En effet, tous les assurés sociaux ne sont pas assujettis aux prescriptions de l'article 44 A susvisé que, d'autre part, bien des entreprises ne respectent pas.

On peut même avancer que ce sont souvent les mêmes employeurs qui négligent à la fois le versement des cotisations précomptées et la délivrance des pièces dont l'établissement leur incombe.

C'est pourquoi le ministre du Travail a cru devoir préciser « qu'à défaut de celles-ci, l'assuré pouvait adresser une demande d'enquête au Service Régional compétent. Si la régularité du précompte était constatée, la confirmation qui en serait donnée pourrait être apposée à la caisse » (1).

Enfin, la circulaire n° 47 du 25 mai 1937 dit « que les caisses ne sauraient interpréter d'une façon stricte le § 5 de l'article 21 en ce qui concerne les moyens de preuve susceptibles d'être produits par les intéressés pour justifier du précompte ; l'obligation de fournir aux salariés un bulletin de paye n'étant pas applicable à la totalité des employeurs, il y a lieu d'admettre éventuellement les assurés à prouver par tous autres moyens reconnus valables par la caisse, la réalité du précompte qu'ils ont subi sur leur salaire ».

(1) (Réponse ministérielle n° 15001, *Journal Officiel* du 18 mars 1936).

Poursuites de l'assuré contre l'employeur défaillant

Quant à l'assuré qui ne pourra administrer la preuve requise, il n'aura que le recours d'exercer à l'encontre de son employeur une action en paiement d'indemnité pour le préjudice causé.

Le principe fondamental des articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil est formel : « Quiconque par son fait, ou par le fait des personnes à son service, ou des choses dont il a la garde, cause préjudice à autrui, doit réparation ».

Un arrêt rendu par la Cour d'appel de Caen, le 22 novembre 1933, a fixé les conditions auxquelles la responsabilité civile peut jouer.

Selon cet arrêt, trois conditions doivent être réunies pour que l'employeur puisse être rendu civilement responsable :

1° l'existence d'une faute commise par l'employeur ; or la non-exécution des obligations imposées par la loi constitue incontestablement une faute ;

2° l'existence du préjudice subi par le salarié ; il ne peut y avoir responsabilité civile que si le salarié a été effectivement privé des prestations de la loi.

3° l'existence d'une relation de cause à effet entre cette faute et le préjudice ; cette troisième condition n'est réalisée que si le salarié était au service de l'employeur au cours de la période de référence à considérer pour l'ouverture des droits. S'il résulte des données de la cause que, même au cas où l'employeur aurait rempli ses obligations, les versements effectués n'auraient pas suffi à donner droit aux prestations, la responsabilité civile ne peut jouer.

Une question reste en suspens : la responsabilité peut-

elle être partagée entre l'employeur et l'assuré ainsi que l'avaient estimé certaines juridictions ?

Il apparaît qu'une réponse négative s'impose si l'on se réfère à l'article 2, § 1^{er} du décret-loi, qui dit notamment : « c'est à l'employeur qu'incombe, sous les sanctions prévues à l'article 4 ci-après, l'acquittement de la double contribution. »

Il convient enfin de préciser que la commission d'arrondissement prévue par l'article 36 du décret-loi, est incompétente pour connaître des instances de cet ordre (Cour de Cassation, arrêt du 28 décembre 1931, relatif à la compétence des anciennes Commissions cantonales). C'est devant le Conseil des Prud'hommes que celles-ci doivent être intentées étant donné qu'il s'agit, en fait, de litiges « nés à l'occasion d'un contrat de louages de service dans le commerce et l'industrie » (Cour de Cassation, 24 janvier 1934).

Lorsqu'il s'agit de salariés qui ne sont pas justiciables du Conseil des Prud'hommes en raison de la profession qu'ils exercent (1), la compétence doit être attribuée aux Tribunaux civils de droit commun.

Age

Sous l'empire de la loi du 30 avril 1930, la question s'était posée de savoir si un assuré qui continuait de cotiser au delà de soixante ans, pouvait bénéficier de l'assurance-invalidité.

(1) Gens de maison, employés d'administrations privées et de professions libérales.

La Cour de Cassation avait répondu par la négative (arrêt du 8 mai 1935).

La promulgation du décret-loi du 28 octobre 1935 a clarifié la question : en principe, ce décret interdit aux assurés de continuer de cotiser au delà de soixante ans, et fixe à la fin du trimestre en cours la date à laquelle les versements doivent être interrompus.

Les assurés invalides eux-mêmes ne sont couverts par l'assurance-invalidité que jusqu'à l'entrée en jouissance de leur pension de vieillesse, et l'arrêté du 25 février 1938, fixant le Règlement intérieur type des Unions Régionales, précise en son article 3 que pour pouvoir prétendre au bénéfice d'une pension d'invalidité, l'assuré doit avoir « moins de soixante ans ».

Toutefois, la stricte application de la règle édictée par cet article entraînerait les Caisses à rejeter des demandes formulées à bon escient.

En effet, il y a lieu d'admettre que la pension d'invalidité doit être attribuée lorsque sa date d'entrée en jouissance est antérieure à celle de la pension de vieillesse à laquelle l'assuré pourra prétendre, c'est-à-dire au premier jour du trimestre civil postérieur au sixantième anniversaire.

Par ailleurs, il semble que des exceptions doivent être faites en faveur des assurés qui, conformément aux dispositions de l'article 47, § 1^{er}, du Règlement d'Administration Publique du 19 mars 1936, prolongent leurs versements au delà de soixante ans pour atteindre le minimum de cinq années de versements ouvrant droit au minimum garanti de pension de vieillesse.

La seule difficulté d'ordre pratique réside dans le mode de liquidation à employer en l'occurrence, mais il apparaît

que la solution la plus rationnelle consisterait en l'attribution de la pension d'invalidité avec substitution immédiate en une pension de vieillesse d'un montant équivalent par application pure et simple de l'article 38, § 2, du Règlement général susvisé.

CHAPITRE IV

Demande de pension

Ayant étudié les conditions à réunir pour prétendre valablement au bénéfice de l'assurance-invalidité, il y a lieu d'examiner maintenant les diverses formalités dont l'accomplissement incombe à l'assuré et les diverses obligations auxquelles il doit se soumettre.

L'article 4 de l'arrêté du 25 février 1938, fixant le Règlement intérieur type des Unions Régionales apporte les renseignements relatifs au dépôt de la demande de pension.

§ 1^{er}. — L'assuré qui désire obtenir le bénéfice de l'assurance invalidité adresse à la Caisse d'assurance-maladie-maternité à laquelle il est affilié, ou à son correspondant local, une demande établie sur une formule remise par cet organisme et conforme au modèle arrêté par le ministre du Travail.

Il convient d'ouvrir une parenthèse pour informer l'assuré que la Caisse maladie-maternité n'a pas qualité pour refouler sa demande sous prétexte qu'il ne réunit pas les conditions exigées par l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935.

La confirmation en est donnée par un arrêt de la Cour de Cassation rendu le 23 mars 1938 à l'occasion d'un différend survenu entre l'assuré social Giraud et la Caisse primaire Industrielle et Commerciale de Lyon.

D'autre part, il est indispensable de noter l'importante innovation apportée par le décret-loi du 14 juin 1938 qui

déclare irrecevable la demande de pension présentée après l'expiration du délai de dix-huit mois qui suit la date de forclusion des prestations de l'assurance-maladie.

§ 2. — Dans cette demande, l'assuré indique son âge, sa formation et sa profession antérieure, et la région où il travaillait habituellement ; il fait connaître, en outre, obligatoirement, par une déclaration :

1° S'il bénéficie ou non d'un salaire ou d'un revenu résultant de son travail, et, dans l'affirmative, il indique, outre le salaire perçu au cours des quatre trimestres civils antérieurs à la maladie ou à l'accident, le montant de son nouveau salaire ou revenu et éventuellement le nom et l'adresse de son employeur ; en outre, il s'engage à avertir la Caisse d'assurance invalidité au cas où, ultérieurement, il reprendrait le travail ou changerait d'employeur ou de profession, et de faire connaître à ce moment le montant de son salaire ou revenu et le nom et l'adresse de son employeur ;

2° S'il incapacité dont il est atteint résulte ou non d'un accident imputable à un tiers et, dans l'affirmative, le nom et l'adresse du tiers responsable ainsi que la date et les circonstances de l'accident ;

3° S'il est titulaire ou non d'une rente en application de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et, dans l'affirmative, le taux d'incapacité de travail qui lui a été reconnu ainsi que le montant de la rente qui lui a été allouée ;

4° S'il est titulaire ou non d'une pension militaire pour maladie ou blessure de guerre, et, dans l'affirmative le taux d'incapacité de travail qui lui a été reconnu ainsi que le montant de la pension qui lui a été allouée.

L'assuré déclare en outre le cas échéant :

1° Si au cours des huit trimestres civils précédant celui de la première constatation médicale de la maladie ou de l'accident d'où résulte l'invalidité, il a été placé sous un des régimes spéciaux de retraites prévus par l'article 23 du Décret-loi du 28 octobre 1935, ou sous le régime des pensions civiles et militaires et s'il ne bénéficie, à ce titre, d'aucune pension immédiate ou différée autre que celle pouvant résulter de versements à la Caisse Nationale des Retraites ;

2° Si l'invalidité dont il est atteint a été contractée pendant qu'il était sous les drapeaux, mais en dehors du service, et n'a pas donné lieu à l'attribution d'une pension militaire.

La nomenclature des pièces que l'assuré doit joindre à sa demande de pension est donnée par l'article 5 du même arrêté :

L'assuré joint à sa demande :

1° Sa carte d'immatriculation dans l'assurance obligatoire ;

2° Un certificat de son médecin traitant, établi sur une formule conforme au modèle fixé par le ministre du Travail, attestant que l'affection ou l'infirmité dont il est atteint réduit au moins des deux tiers sa capacité de travail ; ou, s'il s'agit d'une assurée inscrite dans l'assurance spéciale, que cette affection ou infirmité la met dans l'impossibilité absolue de vaquer aux soins du ménage (1) ;

3° Un extrait de son acte de naissance ;

4° S'il a des charges de famille au sens de l'article 14 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les assurances sociales, un extrait de l'acte de naissance de chacun de ses enfants à charge ;

5° Le cas échéant, le titre en vertu duquel il bénéficie d'une rente d'accident de travail ou le titre de pension militaire dont il est titulaire, son livret militaire ou des certificats en tenant lieu.

D'autres documents sont susceptibles de s'ajouter à cette liste ; ce sont, notamment, les attestations de chômage délivrées par les Offices publics de placement et les récépissés de versements nécessaires à la régularisation du compte individuel de l'intéressé.

L'assuré doit, par ailleurs, se soumettre aux examens médicaux justifiés par sa demande en répondant à la convocation du médecin-contrôleur, s'il est en mesure de se déplacer, ou, s'il ne peut quitter la chambre, en ne s'opposant pas à la visite de ce praticien.

L'article 10, § 12 du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoit l'indemnisation de l'assuré qui, pour répondre à une demande de contrôle, doit quitter la commune où il réside et précise qu'un arrêté du ministre du Travail fixera le tarif des remboursements de cet ordre (2).

(1) Cette pièce peut éventuellement ne pas être exigée ; certains assurés éprouvent, en effet, des difficultés à se la procurer.

(2) Aucun décret n'étant encore intervenu, le tarif des frais de déplacement reste provisoirement fixé, dans chaque département, par l'arrêté préfectoral prévu par le décret du 13 décembre 1932 (réponse ministérielle n° 14651 du 21 mars 1936).

Ce tarif est généralement le suivant :

a) Chemin de fer aller et retour en 3^e classe ;

b) Indemnité de séjour de 5 francs lorsque la durée totale du déplacement imposé excède 3 heures, de 10 francs lorsqu'elle excède 7 heures, de 15 francs lorsqu'elle excède 12 heures ;

c) Indemnité de cessation de travail : pour une journée entière l'indemnité journalière à laquelle l'assuré pourrait prétendre au titre de l'assurance maladie ; pour une demi-journée : la moitié de cette indemnité.

Lorsqu'il a satisfait aux diverses formalités qui lui sont imposées, l'assuré est en droit de connaître la réponse que comporte sa demande dans le délai de deux mois suivant le dépôt de celle-ci (articles 30 et 32 du décret du 19 mars 1936).

L'intéressé est informé de la décision dont il est l'objet par la Caisse d'assurance-invalidité à laquelle il est affilié (1).

Les trois décisions susceptibles d'intervenir : sursis à statuer, refus et accord, vont être examinées dès maintenant ; mais, d'ores et déjà, il y a lieu de noter qu'elles peuvent être contestées devant les juridictions compétentes, dans des conditions qui seront étudiées au cours d'un prochain chapitre.

Décisions susceptibles d'intervenir

Sous l'empire de la loi du 30 avril 1930, l'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois de l'assurance maladie, restait atteint d'une affection ne réduisant pas des deux tiers sa capacité de travail, mais laissait présager une invalidité future, ne pouvait prétendre au bénéfice d'une pension.

Cette situation ne tarda pas à attirer l'attention des pouvoirs publics et, dès 1933, le ministre du Travail suggérait aux Caisses, à l'occasion de réponses publiées par le *Journal Officiel*, la procédure du sursis à statuer.

Les heureux résultats obtenus grâce à cette innovation

(1) Sous l'ancien régime, l'assuré pouvait choisir librement sa caisse d'affiliation pour la couverture des risques de capitalisation.

Cette disposition a été abrogée par le décret-loi du 28 octobre 1935 qui impose à l'intéressé le choix effectué, pour tous ses adhérents, par le Conseil d'administration de la Caisse d'assurance maladie dont il dépend (article 28, paragraphe 5).

ne manquèrent pas de l'imposer définitivement et la consécration légale lui fut donnée le 19 mars 1936 par le décret d'administration publique dont l'article 33 édicte la règle suivante :

Lorsque, à la fin du délai de six mois visé à l'article 10, § 1^{er}, du décret-loi du 28 octobre 1935, l'assuré reste atteint d'une affection ou d'une infirmité ne réduisant pas au moins des deux tiers sa capacité de travail mais laissant présager une invalidité future, l'Union Régionale et la Caisse d'assurance invalidité peuvent s'entendre, en application de l'article 10, § 11, dudit décret-loi, pour accorder à titre de soins préventifs les prestations en nature pendant un délai de six mois, en suspendant pendant le même délai la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pour un nouveau délai de six mois au maximum. La pension à servir à l'assuré dont l'incapacité au cours du délai accordé devient au moins égale aux deux tiers ne prend effet qu'à partir du premier jour du mois qui suit la date où cette condition se trouve remplie.

Ces dispositions dont la clarté rend tout commentaire superflu, ont été néanmoins interprétées restrictivement par certaines Caisses qui croyaient devoir attendre l'expiration du délai accordé pour attribuer une pension d'invalidité à l'assuré dont l'état s'était aggravé.

C'est pourquoi la circulaire ministérielle n° 48 du 14 août 1938, confirme les droits des bénéficiaires de l'article 33 en précisant que les intéressés peuvent demander à la Commission Technique Régionale, juridiction d'appel compétente, d'apprécier leur capacité de travail à la date à compter de laquelle ils estiment que celle-ci s'est trouvée réduite au moins des deux tiers.

La décision de refus est notifiée à l'assuré qui ne réunit pas les conditions administratives ou médicales exigées par la loi pour prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité.

La notification adressée à l'intéressé précise les motifs

justifiant le refus opposé à sa demande et porte à sa connaissance les formalités qu'il doit accomplir s'il désire contester la décision dont il est l'objet.

Enfin, il y a lieu d'examiner la situation de l'assuré dont la demande a été favorablement accueillie et d'apporter à l'intéressé tous les renseignements relatifs à sa pension.

CHAPITRE V

Pension d'invalidité

Entrée en jouissance de la pension

Le mode de détermination du point de départ de la pension d'invalidité a subi plusieurs modifications depuis l'instauration de la loi.

L'article 47, § 3, du décret du 25 juillet 1930, portant Règlement général d'Administration publique pour l'exécution de la loi du 30 avril 1930, fixait la date d'entrée en jouissance de la pension au premier jour du mois suivant la date d'expiration du délai de prise en charge par la Caisse d'assurance-maladie.

Mais l'application de ce texte ne tarda pas à en dévoiler l'imperfection.

En effet, de nombreux assurés apportaient un retard parfois très important à déposer leur demande de pension et restaient ainsi en dehors de tout contrôle sans subir la moindre sanction.

Aussi, pour tenter de pallier à cet inconvénient, le ministre du Travail avait-il conseillé aux Caisses d'assurance de reporter au premier jour du mois suivant le dépôt de la demande de pension, l'entrée en jouissance de celle-ci (1).

Néanmoins, estimant à juste raison que le conseil minis-

(1) Réponses ministérielles n°s 3635 du 1^{er} mai 1933 et 10413 du 2 février 1935.

tériel n'apparaîtrait pas suffisant aux juridictions compétentes pour justifier une violation de la loi, les organismes intéressés continuèrent généralement de respecter les prescriptions de l'article 47.

La méthode préconisée par le ministère devait trouver une revanche lors de la parution du décret-loi du 28 octobre 1935 dont l'art. 10, § 1, édictait : « la pension a effet à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été présentée par l'intéressé ».

Mais cette disposition était encore très critiquable du fait qu'elle n'était pas suffisamment équitable.

Ainsi, l'assuré dont la prise en charge au titre maladie expirait le 1^{er} mars ne pouvait prétendre à une pension d'invalidité avant le 1^{er} avril, alors que celle-ci pouvait être accordée à la même date à l'assuré ayant bénéficié jusqu'au 31 mars des prestations de l'assurance-maladie.

C'est pourquoi on ne peut qu'accueillir favorablement la modification apportée à l'article 10, § 1^{er}, par le décret-loi du 14 juin 1938 :

« Cette pension est toujours concédée à titre temporaire. Elle a effet à compter de l'expiration du délai de six mois indiqué ci-dessus, ou à compter de la date de la consolidation de la blessure, si la demande est présentée à la Caisse d'assurance maladie dans les trois mois qui suivent l'une ou l'autre de ces deux dates. Lorsque la demande est présentée plus de trois mois après cette date, la pension a effet à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été présentée par l'intéressé. »

Désormais, l'assuré social ne subira aucune interruption de prestations en espèces s'il dépose sa demande en temps voulu, et le délai de trois mois qui lui est accordé doit le lui permettre aisément.

Par ailleurs, nul ne saurait s'élever contre le texte con-

sacrant l'irrecevabilité d'une demande présentée avec plus de dix-huit mois de retard.

Enfin, pour épuiser la question, il convient d'examiner une situation spéciale ayant fait l'objet de nombreuses controverses : « les prestations en espèces de l'assurance-maladie étant supérieures à celles auxquelles il pourrait prétendre en qualité d'invalidé, un accidenté dont la blessure est consolidée après trois mois peut-il retarder le dépôt de sa demande de pension pour être en droit d'exiger de sa Caisse d'assurance-maladie les indemnités journalières jusqu'à l'expiration du délai de six mois ? »

Le Comité Central des assurances sociales écrit à ce sujet (1) :

« Désormais, l'assuré sera maître du sort qui lui sera fait. S'il dépose sa demande avant l'expiration du délai de six mois parce que sa blessure est consolidée, il a droit à pension d'invalidité et cesse le même jour d'avoir droit à indemnité journalière. Mais pour bénéficier jusqu'au bout de ces indemnités, il lui suffit de déposer sa demande à l'expiration du délai de six mois. »

Malheureusement pour l'assuré, il ne semble pas que cette interprétation puisse être retenue, car, dès consolidation de la blessure, la Caisse d'assurance-maladie lui opposera les dispositions du 1^{er} alinéa de l'article 7, § 1^{er} du décret-loi du 28 octobre 1935 :

« Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit, dès le sixième jour qui suit le début de la maladie ou l'accident (2) et jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure, et au maximum jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 6, à une indemnité par jour ouvrable. »

(1) Manuel Pratique, page 195.

(2) Délai ramené à quatre jours par le décret-loi du 14 juin 1938.

Calcul de la pension

Alors que le quantum de l'invalidité sert à déterminer le montant de la pension qui est attribuée aux accidentés du travail et aux bénéficiaires des législations militaires, le degré d'incapacité n'a aucune influence sur le taux de la pension d'assurances sociales.

Il ne faut pas en déduire que celle-ci ait un caractère fixe et forfaitaire, elle est, au contraire, très variable en raison de la diversité des éléments susceptibles de la modifier.

Les §§ 5 et 6 de l'article 10 de la loi du 28 octobre 1935 apportent les précisions indispensables à l'étude de la question :

§ 5. — La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la Caisse d'assurance invalidité. Pour l'assuré immatriculé avant l'âge de trente ans, cette pension est égale à 40 % du salaire annuel moyen servant de base au calcul des cotisations depuis l'âge d'entrée du salarié dans l'assurance. Toutefois, ledit salaire et le chiffre correspondant à la pension sont respectivement arrondis au multiple de 200 francs et de 100 francs le plus voisin.

Pour l'assuré immatriculé après trente ans, elle est réduite dans les mêmes conditions d'un trentième par année ou fraction d'année d'âge comprise entre trente ans et l'âge d'entrée. Toutefois la pension d'invalidité ne peut, en aucun cas, être inférieure à 1.000 francs si l'assuré justifie de six ans ou plus de versements ; 300 francs si l'assuré compte au moins cinq ans de versements ; 800 francs si l'assuré compte au moins quatre ans de versements ; 700 francs si l'assuré compte au moins trois ans de versements ; 600 francs si l'assuré compte au moins deux ans de versements. Ne comptent comme années de versements que celles au cours desquelles l'assuré a subi au moins la retenue prévue au § 4 du présent article (1).

§ 6. — Pour l'assuré qui ne compte pas trente années entières d'assurance et qui a interrompu ses versements pendant une année ou plus, la pension d'invalidité est réduite dans les conditions du paragraphe précédent, d'un trentième par année d'interruption ou par fraction réunies d'années équivalant au moins à une année entière.

(1) Soixante francs.

Ainsi, trois éléments ont une influence prépondérante sur le montant de la pension :

- 1° le salaire annuel moyen de base ;
- 2° l'âge d'entrée dans l'assurance ;
- 3° la régularité des versements effectués depuis l'immatriculation.

Le salaire annuel moyen de base est déterminé en tenant compte des divers régimes sous lesquels l'assuré a successivement cotisé ; il est obtenu en effectuant l'opération suivante :

$$\frac{[(C \times 22,5) + (C' \times 25) + (C'' \times \frac{100}{7}) + (C''' \times 12,5)] \times 12}{M}$$

M représente le nombre de mois écoulés entre l'immatriculation et le début du trimestre civil au cours duquel a débuté la maladie.

C le montant des cotisations de vieillesse versées en 5^e catégorie antérieurement au 1^{er} janvier 1936.

C' le montant de celles versées, pendant la même période, dans les quatre premières catégories.

C'' la double cotisation figurant sur les feuillets trimestriels de l'année 1936.

C''' la double cotisation figurant sur les feuillets trimestriels relatifs aux versements effectués à partir du 1^{er} janvier 1937.

Lorsque le chiffre obtenu est situé à égale distance de deux multiples de 200, la solution la plus favorable à l'assuré est adoptée.

L'âge d'entrée dans l'assurance n'intervient pas dans le calcul de la pension attribuée à un assuré immatriculé avant l'âge de 30 ans.

Par contre, si l'intéressé avait dépassé cet âge lors de son entrée dans l'assurance, la pension d'invalidité est réduite d'un trentième par année ou fraction d'année comprise entre trente ans et l'âge d'entrée.

D'autre part, l'assuré qui n'a pas cotisé régulièrement

subit les dispositions du § 6 pour toute année complète d'interruption de versements.

Le montant définitif est arrondi au multiple de 100 le plus voisin, avec solution favorable à l'assuré lorsque le chiffre obtenu est à égale distance de deux multiples de 100.

Enfin, le législateur n'a pas voulu que la pension attribuée aux travailleurs relativement âgés lors de l'instauration de la loi pût être par trop dérisoire et il a prévu l'attribution de minima décents en faveur de ceux d'entre eux ayant manifesté quelque activité.

Il y a lieu d'examiner maintenant les éléments susceptibles de réduire le montant théorique de la pension.

Art. 18, § 3. — En cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à la pension d'assurance.

Art. 18, § 4. — Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 % et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit en vertu de l'article 10, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à cet article et la pension militaire.

Art. 20, § 3. — Le titulaire d'une rente allouée en vertu de la loi du 9 avril 1898 dont l'état d'invalidité subit une aggravation imputable à une cause autre que celle qui a ouvert le droit à la rente, peut réclamer le bénéfice de l'assurance invalidité si le degré d'incapacité atteint au moins 66 % et si la rente accident est inférieure à la pension à laquelle l'assuré a droit en vertu de l'article 10. Dans ce cas, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension, calculée comme il est dit à cet article, et la rente accident.

En édictant ces règles, le législateur n'a pas spécialement obéi à des considérations d'ordre financier, puisqu'il autorise, par ailleurs, le cumul de la pension d'assurances sociales avec celle de veuve de guerre et avec la rente attribuée aux bénéficiaires des législations militaires étrangères.

Il semble plutôt qu'il ait recherché une compensation à l'avantage consenti lors de l'appréciation du degré d'invalidité de l'assuré atteint d'une affection indemnisée à un titre différent.

C'est pourquoi la réduction de la pension d'assurances sociales apparaît logique lorsqu'il s'agit d'un assuré qui n'en obtient le bénéfice qu'en raison de l'application des articles 18 ou 20.

Elle est, au contraire, fort discutable lorsqu'elle frappe un assuré qui, en tout état de cause, eut réuni les conditions imposées par l'article 10.

Toutefois, il est difficile d'admettre l'attribution de la totalité de la pension d'assurances sociales en faveur de l'assuré à qui l'autorité militaire avait déjà reconnu plus de 35 % d'incapacité de travail lors de son entrée dans l'assurance.

En effet, la possibilité d'une réduction des deux tiers de sa capacité de travail causée par une affection indépendante est implicitement déniée à l'intéressé.

Aussi, pour concilier ces diverses considérations, il apparaît que les modifications suivantes pourraient utilement intervenir.

1° Lorsque le droit à pension d'invalidité n'est ouvert que compte tenu de l'affection qui a justifié l'attribution d'une pension militaire ou d'une rente d'accident du travail, la pension d'assurance prévue à l'article 10 est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à cet article et la pension militaire ou la rente d'accident du travail.

2° Lorsque l'affection ayant entraîné la demande de pension d'invalidité en justifie à elle seule l'attribution, la liquidation est opérée sans tenir compte de la pension militaire ou d'accident du travail si cette dernière est basée sur une incapacité n'excédant pas 35 %.

3° Lorsque l'affection ayant entraîné la demande de pension d'invalidité en justifie à elle seule l'attribution en faveur d'un assuré déjà titulaire d'une pension militaire ou d'accident du travail basée sur une incapacité excédant 35 %, la pension d'assurance prévue à l'ar-

ticle 10 est égale à la différence entre la pension liquidée comme il est dit à cet article et la pension militaire ou d'accident du travail diminuée du montant de celle à laquelle l'intéressé aurait pu prétendre si l'affection d'origine militaire ou professionnelle avait réduit de 35 % sa capacité de travail.

A titre d'exemple, une pension d'invalidité d'un montant théorique de 5.000 francs, attribuée à un assuré réunissant les conditions du présent article et titulaire, par ailleurs, d'une pension militaire de sergent basée sur une incapacité de 50 %, serait liquidée comme suit :

Pension théorique d'assurance	5.000,—	
Pension sergent 50 %	3.078,—	
Pension sergent 35 %	2.154,60	
Différence	923,40	923,40

Pension nette à servir au titre assurances sociales 4.076,60

Certes, la mise en pratique de la présente suggestion est susceptible de compliquer la tâche qui incombe aux organismes.

Mais il importe avant tout de rendre plus équitable la législation applicable à une catégorie d'assurés sociaux particulièrement intéressante.

L'article 14, § 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoit l'attribution d'une majoration de pension d'invalidité de 100 francs par enfant de moins de seize ans à la charge de l'assuré, « qu'il soit légitime, naturel, reconnu, recueilli, adoptif ou pupille de la nation dont l'assuré est tuteur ».

Cette majoration court dès la naissance de l'enfant, alors que sous l'ancien régime, un délai de carence de quarante-deux jours était imposé à l'assuré.

Bien que ces dispositions apparaissent fort simples et

ne semblent pas susceptibles d'entraîner de controverses, les juridictions compétentes ont eu à connaître un certain nombre de litiges créés par des déclarations effectuées tardivement par des assurés sociaux.

La jurisprudence intervenue peut être ainsi résumée :

1° La majoration est due dès la naissance de l'enfant si celui-ci est né postérieurement au dépôt de la demande de pension. La déclaration tardive à l'organisme d'assurances sociales ne peut être, dans ce cas, une cause de déchéance. (Jugement de la Commission départementale de la Seine, 12 juillet 1938, assuré Aït Dib - Union Régionale de Paris contre Fédération Mutualiste de la Seine).

2° Par contre, lorsque la naissance est antérieure au dépôt de la demande de pension et que l'assuré a omis de mentionner sur cette pièce l'existence de l'enfant justifiant la majoration sollicitée par la suite, celle-ci n'est accordée qu'à compter du premier jour du trimestre d'arrérages au cours duquel est présentée la demande de majoration. (Jugement de la Commission départementale de la Seine, 19 juillet 1938, assuré Bottolier - Union Régionale de Paris contre F. M. S.).

Par ailleurs, il y a lieu de rappeler la règle édictée par le § 3 de l'article 14 :

« Lorsque, dans une famille, le mari et la femme ont droit, en même temps aux prestations des assurances susvisées, il n'est attribué qu'une majoration. Celle-ci est à la charge de la Caisse à laquelle le mari est affilié. »

Il convient enfin d'étudier la liquidation de la pension d'invalidité attribuée à un assuré chargé de famille et déjà titulaire d'une pension militaire.

Nul ne songe à contester le montant total qui doit être servi à l'intéressé et qui est égal à la différence entre la

pension d'assurances sociales majorée des charges de famille et la pension militaire également majorée.

Mais la difficulté réside dans le mode de répartition de la somme globale entre le principal et l'accessoire de la pension.

Sous l'ancien régime, des considérations d'ordre comptable imposaient cette discrimination.

Elle est actuellement justifiée par l'article 10, § 8, du décret-loi du 28 octobre 1935 qui prévoit la réduction du principal de la pension pendant la durée de toute hospitalisation à la charge des organismes d'assurances sociales.

Toutefois, nonobstant les dispositions légales, certaines Caisses, dans un but de simplification, adoptent une solution préjudiciable à l'assuré en servant à ce dernier l'intégralité de sa pension à titre de principal, à l'exclusion de toute majoration, par exemple :

Pension principale A. S.....	4.000. »	}	4.200. »
Majoration (2 enfants)	200. »		
Pension militaire 20 % (soldat)	1.219.20	}	1.524. »
Majoration (2 enfants)	304.80		
Net à servir			2.676. »

Alors que la même liquidation opérée conformément aux dispositions de la circulaire ministérielle du 23 octobre 1935 donnerait les résultats suivants :

Pension principale	4.200×2.676	=	2.548,57
	4.200		
Majoration	200×2.676	=	127,43
	4.200		
			2.676. »

En conséquence, afin que toutes les liquidations soient opérées uniformément et dans le sens le plus favorable aux assurés sociaux, il conviendrait que le ministre compétent rappelât aux Caisses d'avoir à se conformer à la circulaire susvisée.

Service de la pension

Bien que la Caisse d'assurance invalidité soit seule qualifiée pour attribuer et liquider la pension, la charge effective de celle-ci ne lui incombe qu'à compter de la sixième année d'entrée en jouissance.

En effet, l'article 30, § 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 dispose que les Unions paient aux lieu et place des Caisses de capitalisation, les rentes d'invalidité pendant les cinq premières années.

C'est donc vers le Règlement intérieur type de ces organismes qu'il convient d'orienter l'assuré désireux de mieux connaître les conditions dans lesquelles doit être effectué le service de sa pension :

Art. 13, § 1^{er}. — L'Union Régionale délivre aux titulaires d'une pension d'invalidité un extrait d'inscription temporaire, valable pour les cinq premières années d'attribution de la pension.

L'extrait reproduit les nom, prénoms, date de naissance et situation de famille du titulaire, ainsi que le montant annuel et trimestriel de la rente, et, s'il s'agit d'un mineur, d'un interdit ou d'un aliéné interné mais non interdit, les nom et prénoms du représentant légal. Dans ce dernier cas, le représentant légal doit, au moment où la délivrance du titre est demandée, justifier de ses pouvoirs dans les conditions fixées pour les pensions d'Etat.

§ 2. — Le titre de pension est remis à l'intéressé ou à son représentant légal, soit par le maire de la résidence de l'un ou de l'autre, soit par l'Union, après vérification de l'identité de la partie prenante.

§ 3. — Une photographie du titulaire ou de son représentant légal est fixée sur l'extrait d'inscription. Toutefois, dans le cas où le pensionné (ou le représentant légal) déclare vouloir percevoir les arrérages sur production d'un certificat de vie, la remise de l'extrait

d'inscription lui est faite sur la seule justification de son identité. Cette circonstance est relatée dans le procès-verbal de remise du livret.

§ 4. — Ledit procès-verbal fait également mention du bureau de paiement des arrérages.

§ 5. — Le pensionné ou son représentant légal doit, en même temps, signer la fiche mobile jointe à l'extrait d'inscription ; s'il ne sait ou ne peut signer, le maire, ou le représentant de l'Union en fait mention au procès-verbal de remise de l'extrait d'inscription.

Art. 14, § 1^{er}. — Les arrérages sont payés trimestriellement, sur quittance préparée par l'Union Régionale, et à terme échu, les 1^{er} mars, 1^{er} juin, 1^{er} septembre, 1^{er} décembre.

§ 2. — Le paiement des rentes s'effectue, soit directement aux guichets de l'Union de la Caisse d'assurance maladie chargée de dispenser les soins aux invalides, ou des sections locales, soit par mandat poste.

Art. 15, § 1^{er}. — Lorsque le pensionné se présente en personne et s'il est détenteur d'un extrait comportant sa photographie, le paiement est fait sur l'acquit de la partie prenante qui doit être donné en présence du payeur. S'il n'a pas encore fourni sa photographie, le pensionné doit présenter un certificat de vie.

§ 2. — Si le titulaire de la pension est un mineur, un interdit ou un aliéné interné, les arrérages sont payés au représentant légal ; celui-ci, porteur de l'extrait d'inscription et d'un certificat de vie du bénéficiaire de la pension, devra justifier de ses pouvoirs.

§ 3. — Si le pensionné ou son représentant légal ne peut ou ne veut se déplacer, ne sait ou ne peut signer, il délègue un tiers pour encaisser les arrérages au siège de l'organisme devant effectuer le paiement de la pension. Celui-ci, porteur du titre de pension, remet à l'agent chargé du paiement, un certificat de vie-procuration, délivré conformément à l'article 16, § 2, ci-après, et constatant que l'assuré est vivant et a donné procuration au tiers à l'effet d'encaisser les arrérages de sa pension.

Art. 16, § 1^{er}. — Le montant des arrérages peut être payé par mandat poste, sur production d'un certificat de vie comportant quittance de paiement, revêtu de la signature du pensionné ou de son représentant légal. Dans ce cas, les frais de mandat sont à la charge de la partie prenante.

§ 2. — Le certificat de vie, délivré, suivant le cas, par le maire de la résidence de l'assuré, ou par un notaire, en vue d'un paiement d'arrérages, doit être daté, au plus tôt, de la veille de l'échéance.

À l'expiration du délai de cinq ans, le service de la pension est assuré, dans les mêmes conditions, par la

Caisse d'assurance-invalidité qui délivre à l'intéressé un nouveau titre de pension.

La pension acquise en vertu de l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935 est incessible et insaisissable jusqu'à concurrence de 2.400 francs.

Ces qualités lui sont officiellement reconnues par l'article 12 du même texte qui prévoit pourtant deux catégories de créanciers privilégiés dont l'opposition est susceptible de frapper l'intégralité de la pension d'invalidité :

1° Les établissements hospitaliers ;

2° Les Caisses d'assurances sociales pour le paiement des frais d'hospitalisation.

L'article 40, § 7, du décret du 10 mars 1936 précise, par ailleurs, que les oppositions autorisées par les lois ne peuvent être notifiées valablement qu'à l'organisme chargé du paiement des arrérages.

Alors que l'article 52 de l'arrêté du 30 janvier 1937 porte à la connaissance de l'assuré le délai à l'expiration duquel se prescrit son action pour le paiement des prestations des assurances maladie et maternité, aucune précision de cet ordre ne lui est apportée par les textes relatifs à l'assurance invalidité.

Aussi le ministère du Travail a-t-il cru devoir publier l'arrêté du 23 mars 1938 aux termes duquel les dispositions de l'article 227 du code civil sont applicables aux pensions acquises en vertu de la loi sur les assurances sociales.

En conséquence, l'action du pensionné d'invalidité pour le paiement des arrérages de sa pension se prescrit après cinq années.

CHAPITRE VI

Situation du pensionné

Il convient d'examiner maintenant dans quelle mesure l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité reste couvert au regard des autres risques garantis par les assurances sociales : maladie, maternité, vieillesse et décès.

Assurance maladie

Pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant cinq ans, l'assuré bénéficie des prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions applicables aux assurés ordinaires.

Ces prestations ne lui sont accordées qu'à titre personnel, à l'exclusion de son conjoint et de ses enfants.

Le service en est effectué par la Caisse d'assurance maladie à laquelle il est affilié et la charge en incombe à l'Union régionale, même si l'affection en justifiant l'octroi est distincte de celle ayant entraîné l'attribution de la pension d'invalidité.

Lorsque l'Union régionale contribue aux frais d'hospitalisation du titulaire d'une pension, celle-ci est réduite conformément aux dispositions de l'article 10, § 8, du décret-loi du 14 juin 1938 :

— D'un cinquième, si l'assuré est chargé de famille, c'est-à-dire s'il a un ou plusieurs enfants ou ascendants à sa charge ;

- De deux cinquièmes, s'il est marié sans charges ;
- De trois cinquièmes, dans tous les autres cas.

Toutefois, cette réduction ne peut avoir pour effet d'abaisser au dessous de deux cent cinquante francs par trimestre le montant de la pension.

La réduction pour hospitalisation est un des points sur lesquels le législateur s'est le plus souvent penché.

L'article 12, § 2, de la loi du 30 avril 1930 invitait à se reporter aux règles applicables à l'assurance maladie qui fixaient les réductions suivantes :

- Un tiers, pour l'assuré chargé de famille ;
- La moitié, pour l'assuré marié ;
- Les trois quarts, dans tous les autres cas.

Mais, dès le 1^{er} septembre 1934, ces dispositions étaient abrogées et jusqu'au 31 décembre 1935 l'invalidé hospitalisé devait bénéficier de l'intégralité de sa pension.

Si tout avantage accordé aux assurés sociaux doit être accueilli avec satisfaction, il faut néanmoins qu'il soit imprégné d'une certaine équité.

Or est-il logique qu'un assuré logé et nourri dans un établissement hospitalier bénéficie de la même pension que celui qui emploie celle-ci pour subvenir à son entretien ?

C'est pourquoi l'article 10, § 8, du décret-loi du 28 octobre 1935 remettait en vigueur le texte primitif sans y apporter la moindre modification.

Mais une étude plus approfondie de la question, tout en confirmant le principe, en faisait ressortir les imperfections d'application.

Ainsi l'assuré célibataire titulaire d'une pension d'un montant annuel de 1.400 francs ne percevait plus, pendant la durée de son hospitalisation, qu'une rente inférieure à

un franc par jour, notoirement insuffisante pour lui permettre d'apporter le moindre adoucissement à une existence particulièrement pénible.

L'intérêt d'une réforme n'échappa pas aux Unions régionales, et leur heureuse influence permit d'obtenir la modification souhaitée lors de la parution du décret-loi du 14 juin 1938.

L'art. 10, § 8, de ce texte est particulièrement clair, et la rédaction de son dernier alinéa :

« Toutefois, cette réduction ne peut avoir pour effet d'abaisser au-dessous de deux cent cinquante francs par trimestre le montant de la pension. »

ne doit pas donner lieu à une interprétation restrictive.

Ainsi, lors du règlement d'une fraction d'arrérage, il convient d'appliquer le minimum au prorata de la période à considérer.

Assurance maternité

La loi du 30 avril 1930 et le décret-loi du 28 octobre 1935 n'accordaient aucune des prestations de l'assurance maternité aux titulaires d'une pension d'invalidité.

Il semble que cette exclusion n'était pas motivée par des considérations d'ordre financier, mais plutôt par le désir de ne pas encourager la naissance d'enfants appelés à souffrir de leur hérédité.

Cette version est étayée par le fait que l'accord des prestations en nature de l'assurance maternité aux assurées sociales invalides est consécutif à une conception plus libérale de la notion de l'invalidité.

Quoi qu'il en soit, il convient d'informer les intéressées

que leur droit émane de l'art. 10, § 8, du décret-loi du 14 juin 1938 et qu'il est applicable à tout accouchement postérieur au 30 juin suivant.

Une dernière précision s'impose : en raison du caractère forfaitaire du remboursement qu'elles entraînent et bien qu'elles soient à la charge des Unions régionales, les hospitalisations pour maternité d'assurées invalides ne donnent pas lieu à la réduction prévue par l'article 10, § 8.

Vieillesse

La substitution de la pension d'invalidité en pension de vieillesse fera l'objet d'une étude ultérieure.

Il convient donc de se borner actuellement à rappeler les avantages consentis aux assurés sociaux invalides dans le but de pallier à l'absence de tout versement pendant la durée de leur arrêt de travail.

La loi du 30 avril 1930 n'avait rien prévu dans ce sens. et l'assuré qui serait resté invalide depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de cinquante n'aurait pu prétendre qu'à une pension de vieillesse d'un montant dérisoire.

Cette situation n'a pas échappé aux auteurs du décret-loi du 28 octobre 1935 dont l'article 10, § 14, dispose :

« La pension d'invalidité prend fin à l'âge de 60 ans. Elle est remplacée, à partir de cet âge, par la pension vieillesse à laquelle l'assuré a droit en raison, tant des versements effectués par ses employeurs successifs que des cotisations versées annuellement en leur lieu et place par la Caisse d'invalidité, en ce qui concerne l'assurance vieillesse. Ces cotisations sont fixées conformément à un barème établi par le ministre du Travail, d'après le salaire ayant servi de base au calcul de la pension d'invalidité. »

Par ailleurs, le décret du 19 mars 1936 précise en son article 44, § 1^{er}, que les dispositions précitées sont appli-

cables à partir du 1^{er} janvier 1936 et que les versements qu'elles entraînent doivent être inscrits à capital aliéné quel que soit le mode de capitalisation choisi par l'assuré.

Le montant en a été déterminé par les arrêtés ministériels des 20 juin 1936 et 27 avril 1937 selon les barèmes ci-après :

Salaire moyen servant au calcul de la pension d'invalidité	Cotisation vieillesse annuelle versée pour le compte des invalides
1.500 à 1.999	80
2.000 à 2.499	100
2.500 à 2.999	120
3.000 à 3.499	140
3.500 à 3.999	160
4.000 à 4.499	180
4.500 à 4.999	200
5.000 à 5.499	220
5.500 à 5.999	240
6.000 à 6.499	260
6.500 à 6.999	280
7.000 à 7.499	300
7.500 à 7.999	320
8.000 à 8.499	340
8.500 à 8.999	360
9.000 à 9.499	380
9.500 à 9.999	400
10.000 à 10.499	420
10.500 à 10.999	440
11.000 à 11.499	460
11.500 à 11.999	480
12.000 à 12.499	500
12.500 à 12.999	520
13.000 à 13.499	540
13.500 à 13.999	560
14.000 à 14.499	580
14.500 à 15.000	600

L'article 2 de l'arrêté du 10 juin 1936 est ainsi rédigé :

« Ladite cotisation est due pour toutes les années au cours

desquelles l'assuré a bénéficié d'au moins un paiement d'arrérages. Elle ne peut être fractionnée ».

Mais ces dispositions n'apparaissant pas suffisamment explicites aux organismes intéressés, le ministre compétent fut contraint de publier plusieurs notes ou circulaires dont il faut extraire les renseignements suivants :

Circulaire du 4 février 1937 :

« Ladite cotisation est également due pour les assurés titulaires d'une pension d'invalidité en vertu de la législation sur les assurances sociales, déjà bénéficiaires d'une pension au titre de la législation sur les pensions militaires ou sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et qui ne recevraient, de ce chef, aucun arrérage au titre des assurances sociales, en exécution des articles 18, § 4, et 20, § 3, du décret-loi du 28 octobre 1935. »

Circulaire du 17 février 1937 :

« Lorsque, au cours d'une même année civile, deux organismes différents auront eu la charge de la pension d'invalidité, le versement de la cotisation forfaitaire annuelle, qui ne peut être fractionnée, incombera à celui qui aura effectué le paiement du premier trimestre d'arrérages.

« Des ententes pourront toutefois intervenir entre les Unions Régionales et les Caisses d'assurance invalidité en vue du partage entre elles de la dépense correspondant au prorata des trimestres d'arrérages dont elles auront respectivement la charge pour l'année considérée. »

Circulaire du 7 août 1937 :

« La cotisation forfaitaire doit être versée, dans le premier trimestre de chaque année, au compte des assurés sociaux titulaires de pensions d'invalidité qui, au cours de l'année précédente, ont bénéficié au moins d'un paiement d'arrérages, même si, au cours de cette année, ils avaient atteint ou dépassé l'âge de soixante ans. »

Note du 3 novembre 1937 :

« Le versement de la cotisation forfaitaire est dû pour une année déterminée, même si, au cours de cette année, les arrérages payés pour la pension d'invalidité se rapportent à une période de jouissance inférieure à un trimestre. »

Si, dans l'ensemble, ces dispositions apparaissent fort judicieuses, on cherche vainement les motifs qui ont pu entraîner le législateur à faire verser au compte individuel

d'un assuré décédé le montant intégral d'une cotisation relativement élevée, opération qui n'aura pour résultat pratique qu'un transfert de fonds entre deux organismes, sans aucun profit pour la succession du défunt.

Décès

La situation de l'assuré invalide au regard de l'assurance décès ressort de la lecture de l'article 13 du décret-loi du 28 octobre 1935 :

§ 1^{er}. — L'assurance décès garantit aux ayants-droit de l'assuré le paiement, à son décès, d'un capital fixé à 20 % du salaire correspondant à la double contribution effectivement versée pendant les quatre derniers trimestres civils précédant, soit celui de la maladie ou de l'accident à la suite duquel le décès est survenu si le « de cujus » avait la qualité d'assuré à la date du décès, soit celui du décès, s'il est subit.

§ 2. — Le versement du capital est fait exclusivement au conjoint survivant non séparé de corps ou, à défaut, aux descendants. Si le « de cujus » ne laisse ni conjoint survivant ni descendant, le capital revient aux ascendants qui étaient au jour du décès à la charge de l'assuré.

§ 3. — Pour ouvrir droit à l'assurance décès, l'assuré doit avoir été immatriculé depuis un an au moins et avoir subi sur son salaire une retenue au moins égale à 60 francs pendant les quatre derniers trimestres civils visés au § 1^{er} ci-dessus, sous réserve des dispositions de l'article 7, § 6 (1).

Ainsi, la nature de l'affection joue un rôle prépondérant dans l'appréciation des droits, lors du décès d'un invalide.

Si l'intéressé meurt des suites de la maladie ayant entraîné l'attribution de la pension d'invalidité, il ouvre droit aux prestations de l'assurance-décès.

Par contre, si le décès est occasionné par une cause différente, il y a lieu d'examiner si le défunt réunit les conditions de l'article 13, § 3.

Deux précisions supplémentaires s'imposent :

1° Lorsque l'assuré invalide est décédé à la suite d'une

(1) Cotisations forfaitaires de garantie (maladie, maternité, chômage, accidents du travail).

affection indemnisée au titre de la loi du 31 mars 1919 ou de celle du 9 avril 1898, ses ayants-droit ne peuvent prétendre au capital décès, même si la pension d'assurances sociales n'a été octroyée qu'en raison de l'existence de l'affection militaire ou professionnelle.

2° Certaines Caisses de capitalisation refusent systématiquement le bénéfice de l'assurance décès aux ascendants de l'assuré invalide.

Ce refus est motivé par le fait que la pension dont il bénéficiait ne pouvait permettre au défunt de subvenir aux besoins d'un membre de sa famille.

Il est choquant de voir que l'insuffisance de la pension allouée à un assuré social puisse devenir pour les ayants-droit à sa succession une cause de déchéance.

Il convient d'ailleurs de noter que l'intéressé pouvait avoir d'autres ressources lui permettant l'entretien d'une personne âgée, dont la charge, en tout état de cause, ne s'avérerait pas tellement onéreuse.

Aussi faut-il souhaiter qu'une interprétation libérale de l'article 13, § 2, soit consacrée par la jurisprudence.

Obligations

Le fait d'être titulaire d'une pension d'invalidité crée à l'assuré social certaines obligations et lui impose, notamment, de se soumettre à toute époque au contrôle de la Caisse d'assurance invalidité ainsi qu'à celui de l'Union régionale pendant les cinq premières années.

En conséquence, pour faciliter la tâche de ces organismes, l'intéressé doit porter à leur connaissance toutes les modifications le concernant, qu'il s'agisse de reprise du travail, de changement de situation de famille ou d'admission dans un établissement hospitalier.

L'article 39, § 2, du décret du 19 mars 1936 précise, par ailleurs :

« Si l'assuré pensionné pour invalidité transporte sa résidence en dehors de la circonscription de l'Union Régionale qui effectue le service de la pension, il en avise cette Union ainsi que le Service Régional de son ancienne résidence. Dans ce cas, il est mis en subsistance par l'Union Régionale dans une des caisses dont la circonscription comprend la nouvelle résidence de l'intéressé. »

Mais il est bien évident que ces dispositions ne jouent qu'en cas de départ définitif ou tout au moins d'une durée fort prolongée.

La soumission au contrôle médical des organismes intéressés a déjà fait l'objet d'une étude au cours d'un précédent chapitre (dépôt de la demande) et les mesures prévues pour sanctionner la carence de l'assuré vont être examinées incessamment.

Par ailleurs, il convient de répondre à une question posée par de nombreux invalides en précisant aux intéressés qu'aucun traitement ne peut leur être imposé par les Caisses d'assurances sociales, et que le refus d'effectuer une cure sanatoriale ne peut avoir pour eux aucune conséquence administrative.

Enfin, avant de clore ce chapitre, il y a lieu de rappeler l'article 114, § 5, du décret du 19 mars 1936 :

« L'assuré pensionné pour invalidité ou vieillesse ne peut changer d'organisme d'assurance pour le service des prestations qui lui sont dues. Ces prestations restent à la charge de l'organisme qui en est responsable, même si le bénéficiaire change de résidence.

« En cas de changement de résidence, les prestations de l'assurance invalidité sont servies conformément aux dispositions de l'article 39, § 2 du présent décret.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas opposables à l'assuré qui reprend son travail.

CHAPITRE VII

Suspension de la pension

Le législateur a prévu trois cas de suspension du service de la pension d'invalidité :

- 1° Refus de soumission au contrôle ;
- 2° Récupération d'une capacité de travail supérieure à cinquante pour cent ;
- 3° Reprise du travail (compte tenu des gains réalisés).

La loi du 30 avril 1930, en son article 12, § 3, n'avait envisagé la suspension que comme une peine privée édictée à l'encontre de l'assuré qui refusait de se soumettre au contrôle.

L'article 10, § 10, du décret-loi du 28 octobre 1935 reproduit ces dispositions :

« Sous peine de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui, à toute époque, peuvent être demandées par les organismes intéressés. On considère qu'il y a refus d'examen si l'invalidé ne répond pas à la convocation, par lettre recommandée, du médecin de la Caisse ou de l'Union, ou s'oppose à la visite de celui-ci, s'il s'agit d'un invalide ne pouvant pas quitter la chambre. »

Le contrôle est une nécessité absolue en matière d'assurances sociales et nul ne saurait s'y soustraire sans encourir la déchéance du droit aux prestations à compter du jour où le refus de soumission prend date certaine, c'est-à-dire du jour prévu pour l'examen médical.

Toutefois, les médecins des organismes se sont mis d'accord pour considérer chaque cas en particulier et ne pas

proposer automatiquement la suspension des soins à l'encontre d'assurés qui sont avant tout des malades.

Ce scrupule est en contradiction formelle avec les textes légaux, mais si l'on considère le point de vue social qui l'inspire on ne peut qu'y souscrire pleinement.

Retour à la validité

Lorsque, antérieurement au 1^{er} janvier 1936, le médecin contrôleur constatait que l'assuré invalide avait récupéré 50 % de sa capacité de travail, la législation alors en vigueur n'offrait aux organismes intéressés qu'une seule possibilité : la suppression de la pension en application de l'article 12, § 5, de la loi du 30 avril 1930.

Dès l'entrée en application de l'assurance invalidité, on fut amené à constater le manque de souplesse de cette disposition mal adaptée aux affections évolutives à grandes oscillations.

Si l'on considère, en effet, que, lorsque l'une des phases de la maladie réduisait à moins de 50 % l'incapacité de travail, il y avait lieu de supprimer la pension, on voit le danger que présentait l'ancienne législation pour l'assuré n'ayant bénéficié que d'une amélioration passagère de son état.

Aussi, la pratique quotidienne de l'assurance invalidité avait-elle conduit les organismes intéressés à adopter des formules plus souples que celles prévues par la loi, en instaurant, notamment, la suspension de la pension avec ou sans continuation des soins.

Cette initiative devait être légalement consacrée par l'article 10, § 7, 2^e alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935 :

« La pension est supprimée ou suspendue si la capacité de travail devient supérieure à 50 %. En cas de contestation, la capacité de l'intéressé est appréciée par la Commission instituée au § 3 du présent article. »

Ainsi la suppression n'aura lieu d'être prononcée qu'après stabilisation définitive de l'affection ayant justifié l'attribution de la pension.

Par ailleurs, l'article 10, § 8, 2^e alinéa, précise :

« En cas de suspension ou de suppression de la pension dans les conditions du § 7, ci-dessus, le droit aux prestations en nature peut être maintenu. »

apportant ainsi une amélioration souhaitée par tous ceux qui pensaient que l'interdépendance de la pension et des soins ne correspondait nullement aux besoins de certains assurés désireux, avant tout, d'obtenir le moyen de se soigner.

L'article 34 du décret du 19 mars 1936 dit que la suspension ou la suppression de pension prennent effet à compter du jour de l'examen médical, ou à une date ultérieure, si la Caisse intéressée estime quelques semaines de convalescence nécessaires à la consolidation de la guérison constatée.

Mais, en tout état de cause, la jurisprudence récente s'oppose à ce qu'une suspension d'ordre médical prenne effet à une date antérieure à celle de la réception par l'assuré de la notification de la décision dont il est l'objet (1).

L'assuré bénéficie donc désormais du délai nécessaire à l'accomplissement des formalités administratives.

Bien que la question soit épuisée au point de vue purement juridique, il ne semble pas superflu d'attirer l'attention sur la complexité de la tâche qui incombe au médecin contrôleur.

(1) Cour de Cassation, 3 novembre 1938. Hunor contre Fédération Mutualiste de la Seine.

En effet, ce praticien peut être amené à constater une amélioration uniquement entraînée par le repos dont bénéficie l'invalidé.

Or, la suspension de la pension contraindra généralement ce dernier à reprendre du travail s'il peut s'en procurer, ou, dans le cas contraire, à se restreindre en conséquence.

Ainsi, quoi qu'il en soit, la mesure prise à son égard apportera une modification profonde à l'existence de l'intéressé.

D'autre part, le médecin-contrôleur se trouve fréquemment en présence de femmes mariées qui préfèrent rester au foyer en bénéficiant d'une modeste pension plutôt que d'assumer à nouveau un travail extérieur.

Le médecin doit alors être en mesure de déceler la simulation.

C'est pourquoi on ne peut que se réjouir de l'institution des Unions Régionales, dont la remarquable organisation médicale permet un contrôle rationnel des invalides pendant les cinq premières années et qui, au cours de cette période, ont la possibilité de contester devant les juridictions compétentes les décisions des Caisses d'assurance-invalidité.

Reprise du travail

Sous l'empire de la loi du 30 avril 1930, la pension était maintenue tant que l'invalidité n'était pas médicalement redevenue inférieure à 50 %.

De ce fait, un assuré pouvait reprendre son travail et bénéficier, sous forme de pension et de salaire réunis, de

ressources égales ou mêmes supérieures à celles dont il jouissait avant sa maladie.

Le législateur avait pensé que l'invalidé qui ne se contentait pas de sa modeste pension et qui acceptait de chercher un emploi où il pourrait utiliser le reste de ses forces, ne devait pas être pénalisé par rapport à celui qui se contentait de vivre dans l'oisiveté.

Telle n'était pas l'opinion de bien des Caisses qui considéraient la rente d'invalidité comme un revenu de remplacement et n'hésitaient pas à la diminuer dans la mesure où le travail subsistait.

Cette thèse devait être appuyée par une circulaire de la Caisse Générale de Garantie s'inspirant d'une réponse du ministre (1).

Aux termes de cette circulaire, il devait être tenu compte dans l'appréciation de l'invalidité des données de fait résultant des salaires effectivement réalisés par le pensionné.

Ainsi, par exemple, l'assuré qui gagnait 10.000 francs avant sa maladie et reprenait un travail rémunéré 7.000 francs, devait être considéré comme ayant récupéré 70 % de sa capacité de travail.

Mais cette interprétation aussi rigoureuse qu'illégale fut systématiquement condamnée par la Cour de Cassation à l'occasion des nombreux litiges soumis à cette juridiction (2).

Et la jurisprudence intervenue à l'époque peut être ainsi résumée :

(1) Réponse à question n° 13593 de M. Paul Thellier.

(2) Syndicate des Forges contre Bouyer, 31 décembre 1935.

Fédération Mutualiste de la Seine contre Fougère, 31 décembre 1935.

Lesur contre Famille Capitalisation du Nord, 6 avril 1936.

« La reprise du travail n'est pas un motif d'interruption du service de la pension, cette décision ne pouvant être que la conséquence d'un contrôle médical constatant l'augmentation de la capacité de travail. »

Il n'en est plus de même actuellement et l'article 10, § 7, 1^{er} alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935 édicte une règle formelle :

« Le service de la pension est suspendu en tout ou partie lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit, sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide. »

Le désir du législateur est donc clairement exprimé et seul le mot « ressources » pouvait donner lieu à discussion à une époque où le pouvoir d'achat de l'unité monétaire suit une courbe descendante.

Cette discussion est dorénavant sans objet, le décret-loi du 14 juin 1938 ayant ainsi modifié l'art. 10, § 7, sus-visé :

« Le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie en cas de reprise du travail, en raison du salaire ou du gain de l'intéressé dans des conditions qui seront fixées par le Règlement d'administration publique.

Il convient donc d'attendre la parution de ce dernier pour commenter en connaissance de cause une modification dont on ne peut qu'approuver le principe.

Il faut également souhaiter que la rigueur de la loi soit atténuée lorsqu'il s'agit d'anciens apprentis devenus invalides à une époque où ils étaient peu rémunérés en raison de leur jeune âge et qui reprennent le travail en qualité d'ouvriers ou d'employés.

Par ailleurs, l'application de l'art. 10, § 7, ayant soulevé des problèmes d'une certaine complexité, l'Union Régio-

nale de Paris, s'inspirant d'un jugement du Tribunal civil de la Seine (1), a cru devoir exposer son point de vue aux diverses Caisses d'assurance-invalidité de la région, afin d'obtenir que soient rendues des décisions identiques à l'occasion de cas similaires intéressant des assurés affiliés à des organismes différents (2).

Les solutions préconisées par l'Union Régionale de Paris ayant reçu une approbation quasi unanime, voici comment s'effectuent actuellement les diverses opérations entraînées par l'application du texte légal :

1° A l'échéance immédiatement postérieure à la reprise du travail, l'assuré perçoit le montant intégral de l'arrérage trimestriel de sa pension, quel que soit le salaire réalisé au cours du trimestre échu.

2° la suspension prend effet à compter du premier jour du trimestre d'arrérages immédiatement postérieur à la reprise du travail si celle-ci se trouve confirmée et si elle a entraîné la réalisation d'un gain trimestriel supérieur à celui dont bénéficiait l'assuré antérieurement à sa maladie pour une période correspondante.

3° le salaire trimestriel ancien à retenir pour cette comparaison est strictement égal au quart du salaire perçu pendant les douze mois ayant précédé la maladie, afin d'éviter, en ne prenant en considération qu'une période de trois mois, des variations de salaire imputables au caractère saisonnier de certaines professions.

On ne peut qu'approuver pleinement des dispositions résultant d'une interprétation libérale des textes légaux.

Et il faut souhaiter que, sous forme de nouvelles amé-

(1) Jugement du 7 avril 1937. Martin contre Syndicale des Forges.

(2) Circulaire de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la Région parisienne (n° 209 du 8 octobre 1937).

liorations, le prochain Règlement d'administration publique apporte à ceux qui œuvrent constamment en faveur des assurés sociaux la seule récompense à laquelle ils aspirent.

Enfin, il y a lieu de noter que le rétablissement de la pension est opéré dès que le motif qui en a entraîné la suspension a disparu.

Cette décision ne peut prendre effet à une date postérieure au jour de la visite médicale s'il s'agit d'une pension suspendue en vertu des dispositions des articles 10, § 7, 2^e alinéa, ou 10, § 10 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Par contre, la question est plus complexe lorsqu'il s'agit d'un invalide interrompant son travail en cours de trimestre, certains pouvant penser que la date de cet arrêt doit être retenue en l'occurrence.

Il apparaît cependant beaucoup plus logique d'effectuer à l'échéance immédiatement postérieure à la cessation du travail l'habituelle comparaison des ressources trimestrielles.

Cette méthode, primitivement adoptée d'un commun accord par les Caisses d'assurance-invalidité et les Unions Régionales, ne rallie plus actuellement l'unanimité des suffrages.

Il y a donc lieu d'attendre les précisions que ne manquera pas d'apporter le Règlement d'administration publique actuellement à l'étude.

Situation de l'assuré ayant cotisé de nouveau

Avant d'entreprendre cette étude, il apparaît nécessaire de rappeler à l'assuré dont la pension n'est que suspendue

qu'il conserve la qualité d'invalidé et qu'il doit continuer à se soumettre à tous les contrôles jugés utiles par les organismes intéressés.

Il convient notamment d'attirer son attention sur le fait que les nouvelles cotisations qu'il a pu verser depuis sa reprise du travail ne le garantissent pas au regard de sa Caisse d'assurance-maladie pour les prestations justifiées par l'affection ayant entraîné l'attribution de sa pension d'invalidité.

Ces prestations restent, en effet, à la charge de l'Union Régionale pendant les cinq premières années et n'ont pas lieu d'être dispensées ensuite, à quelque titre que ce soit.

Lorsque l'assuré invalide, ayant repris son travail, est contraint d'interrompre celui-ci, il est indispensable de distinguer la nature de l'affection justifiant cet arrêt :

La rechute de la maladie primitive donnera généralement lieu à rétablissement pur et simple de la pension sans intervention financière de la Caisse primaire.

Par contre, l'affection différente entraînera l'octroi de l'indemnité journalière de l'assurance-maladie qui pourra se cumuler avec les arrérages de la pension d'invalidité (article 22, § 7 de l'arrêté du 25 février 1938).

Le cumul des majorations pour charges de famille est également autorisé (article 75 du décret du 19 mars 1936).

Quant aux prestations en nature, elles sont, en tout état de cause, à la charge de l'Union Régionale pendant les cinq premières années, et elles ne peuvent incomber à la Caisse d'assurance-maladie qu'à l'expiration de ce délai et s'il s'agit d'une affection indépendante de celle ayant entraîné l'invalidité.

CHAPITRE VIII

Extinction de la pension

La pension d'invalidité n'est délivrée qu'à titre provisoire, car les dispositions de l'article 12, § 6 de la loi du 30 avril 1930 qui en consacraient le caractère définitif après dix ans de jouissance ont été abrogées par le décret-loi du 28 octobre 1935.

Trois éléments sont susceptibles d'entraîner l'extinction de la pension :

- 1° le retour à la validité ;
- 2° le décès ;
- 3° la vieillesse.

Retour à la validité

L'article 10, § 7 du décret-loi du 28 octobre 1935, prévoit la suppression ou la suspension de la pension dès que la capacité de travail de l'assuré devient supérieure à 50 %.

Les difficultés du choix du médecin-contrôleur entre les deux possibilités qui lui sont offertes et les garanties dont il doit s'entourer avant de proposer la suppression ont été étudiées au cours du précédent chapitre.

Il convient donc de rappeler simplement que l'article 10, § 17 du décret précité édicte la règle suivante :

« Si un assuré reprend le travail après la suppression de sa pension d'invalidité, il est considéré comme ayant subi pendant les huit trimestres civils précédant celui de la suppression de cette pension

le minimum de retenues ouvrant droit aux prestations des assurances maladie-maternité et invalidité. Toutefois, ce bénéfice ne lui est acquis que pour les prestations en nature et à titre personnel. »

Pratiquement, ces dispositions n'ont jamais à intervenir, car les médecins-contrôleurs évitent généralement de proposer la suppression à l'encontre d'assurés qui n'ont pas encore recouvré de nouveaux droits par leurs versements.

Il faut d'ailleurs s'en montrer satisfait, car de nombreuses difficultés pratiques n'auraient pas tardé à surgir en ce qui concerne l'assurance-invalidité.

En effet, on conçoit difficilement les conditions dans lesquelles serait opérée l'attribution de « soins aux invalides » en faveur d'un assuré qui, ne pouvant prétendre aux prestations en espèces, ne peut, de ce fait, être titulaire d'une pension d'invalidité.

Décès

Les arrérages de pension d'invalidité courus à la date du décès de l'assuré sont payés à ses héritiers sur production :

1° de l'extrait d'inscription ;

2° de l'acte de décès ;

3° du certificat de propriété délivré par le juge de paix ou par un notaire lorsque la somme est supérieure à cinq cents francs ; si celle-ci n'est pas supérieure à cinq cents francs, le certificat de propriété peut être remplacé par un certificat d'hérédité délivré, soit par le maire de la commune où a eu lieu le décès, soit par le maire du domicile de l'un des ayants-droit.

Un des héritiers peut être autorisé par l'organisme débiteur à se porter fort pour les héritiers absents, à la condition que la part de ces derniers ne dépasse pas la somme totale de cinq cents francs.

Lorsque les arrérages de la pension sont dus à un héritier mineur ou interdit, la demande doit être présentée par son tuteur, et s'il s'agit d'un aliéné interné mais non interdit, par l'administrateur provisoire ou judiciaire de ses biens.

Vieillesse

La loi du 30 avril ne considérait pas la vieillesse comme une cause de suppression de la pension d'invalidité ; tout au plus avait-elle prévu la liquidation et l'intégration de la pension de vieillesse dans la pension d'invalidité dès que cette dernière devenait définitive en raison du caractère permanent de l'incapacité de travail, ou, dans le cas contraire, dès l'âge de soixante ans.

Ainsi l'assuré conservait la qualité d'invalidé avec tous les avantages et les inconvénients qu'elle comporte.

Le décret-loi du 28 octobre 1935 a apporté des modifications profondes à la législation antérieure. Aux termes de l'article 10, § 14 de ce texte :

« La pension d'invalidité prend fin à soixante ans. Elle est remplacée, à partir de cet âge, par la pension de vieillesse à laquelle l'assuré a droit. »

Mais, pour ne pas que cette substitution puisse être par trop préjudiciable à l'intéressé, l'article 10, § 15 édicte les règles suivantes :

« Si l'assuré bénéficie encore, à l'âge de soixante ans, de la pension d'invalidité, le fonds de majoration complète, jusqu'à concurrence du

chiffre de cette pension, le montant des rentes inscrites à son compte individuel d'assurance-vieillesse, dans les conditions fixées à l'article 11, § 8 (1). »

L'ensemble de ces dispositions appelle de nombreux commentaires.

Il y a lieu d'examiner, tout d'abord, leur influence vis-à-vis de l'assuré.

Au point de vue pécuniaire, celui-ci ne subit en principe aucun préjudice, et il lui est indifférent qu'à montant égal, la somme qu'il perçoit trimestriellement lui soit allouée au titre de l'invalidité ou à celui de la vieillesse.

Au point de vue stabilité, l'intéressé tire bénéfice des nouvelles dispositions, car la pension de vieillesse ne peut être ni suspendue, ni supprimée.

Certains contesteront la réalité de ce profit en objectant qu'on conçoit mal comment pourrait se justifier une mesure de suspension ou de suppression intervenant à l'encontre d'un assuré âgé de plus de soixante ans.

A ceux-là, on peut objecter que la notion de l'invalidité a beaucoup évolué et qu'un assuré peut parfaitement se voir attribuer à cinquante-neuf ans une pension d'invalidité justifiée par une maladie n'affectant que momentanément son activité professionnelle.

On peut également leur citer le cas des nombreux invalides qui, continuant de travailler, subissent les rigueurs de l'article 10, § 7, 1^{er} alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935 jusqu'au jour où, en application des nouvelles dispositions, ils peuvent cumuler leur salaire avec une pension de vieillesse dont le montant ne peut être inférieur à celui de leur pension d'invalidité.

(1) Pour le calcul des minima, les versements sont considérés comme effectués à capital aliéné.

Si la législation en vigueur a consenti certains avantages à l'assuré invalide âgé de soixante ans, elle lui a, par contre, causé un préjudice important en lui retirant le bénéfice des « soins aux invalides » lors de l'entrée en jouissance de sa pension de vieillesse.

Cette mesure a même été aggravée par l'abrogation de l'article 18, § 2, de la loi du 30 avril 1930 qui était ainsi rédigé :

« L'assuré qui demande la liquidation de sa pension de vieillesse peut conserver pour lui et son conjoint le bénéfice de l'assurance maladie. A cet effet, il doit, dès la liquidation de sa pension de vieillesse, verser chaque mois à sa Caisse d'assurances une cotisation de 15 francs.

« Sur les ressources prévues à l'alinéa ci-après, le fonds de majoration et de solidarité verse trimestriellement à la Caisse d'assurances une subvention égale à 6 francs par mois. L'Etat rembourse chaque année au fonds de majoration le montant des dépenses supportées par lui de ce chef. »

Il convient donc d'indiquer à l'assuré invalide âgé de soixante ans, les possibilités qui lui restent de bénéficier des soins médicaux et pharmaceutiques dans les meilleures conditions possibles.

Si l'intéressé est marié et que son conjoint (1) est assuré social, il pourra bénéficier des dispositions de l'article 6, § 1, du décret-loi du 28 octobre 1935 pour toute affection différente de celle ayant entraîné l'attribution de la pension d'invalidité.

Mais comme c'est précisément cette dernière maladie qui nécessitera généralement le plus de soins, il y a lieu d'orienter l'invalide vers une société de secours mutuels pratiquant l'assurance des retraités.

Si l'assuré se fait inscrire à cet organisme dans le délai

(1) Ce terme n'ayant pas de sens juridique précis, le Ministre du Travail a indiqué qu'il s'appliquait à l'époux ou à l'épouse légitime (réponse n° 1524, 17 septembre 1932).

de six mois suivant l'entrée en jouissance de sa pension de vieillesse, la Mutuelle est obligée d'accepter son adhésion sans examen médical, quels que soient les statuts qui la régissent.

La cotisation exigée des adhérents est au minimum de quinze francs par mois, montant imposé pour l'octroi de la subvention de l'Etat. (art. 41 du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant la loi du 1^{er} avril 1895).

Il est nécessaire d'étudier maintenant la liquidation de la pension de vieillesse de l'assuré invalide.

Le décret-loi du 28 octobre 1935, disposant que la pension d'invalidité est supprimée lorsque le titulaire atteint l'âge de soixante ans, l'article 38 du décret du 19 mars 1936 apporte des précisions supplémentaires :

§ 1^{er}. — La pension d'invalidité ainsi que les soins aux invalides prennent fin au premier jour du trimestre civil qui suit le soixantième anniversaire de l'assuré.

§ 2. — Si l'assuré a effectué des versements à capital réservé, le complément de rente à la charge du Fonds de majoration est calculé en supposant que ces versements ont été opérés à capital aliéné.

§ 3. — La majoration pour enfants prévue à l'article 11, § 6, du décret-loi du 28 octobre 1935, s'ajoute à la pension calculée dans les conditions des §§ 1 et 2 du présent article.

Ainsi, le règlement d'administration publique du 19 mars 1936 fixe trois points particulièrement importants : la date de la substitution en pension de vieillesse de la pension d'invalidité, la réduction apportée lorsque l'assuré a cotisé à capital réservé et enfin la majoration de la pension de vieillesse lorsque l'invalide a élevé trois enfants jusqu'à l'âge de seize ans.

Toutefois, bien des précisions étant encore indispensables aux organismes intéressés, le ministre du Travail a publié le 28 mai 1936 une circulaire particulièrement

intéressante dont on peut extraire les renseignements suivants :

En principe, le montant total de la pension de vieillesse (non compris la majoration de 10 % pour enfants) ne peut être inférieur au montant de la pension d'invalidité proprement dite (non compris la majoration pour charges de famille).

Le fonds de majoration doit compléter jusqu'à due concurrence le montant de la rente provenant des versements inscrits au compte individuel d'assurance-vieillesse, cette rente étant éventuellement calculée à capital aliéné si l'assuré a réservé ses versements.

Conformément aux dispositions de l'article 170, § 2 du décret du 19 mars 1936, si la pension d'invalidité a subi une réduction, avant le 1^{er} janvier 1936, en raison de la réserve des capitaux, la pension de vieillesse est égale à la pension d'invalidité ainsi réduite.

Il convient d'observer que la pension de vieillesse doit être complétée dans les conditions susindiquées, quelle que soit la situation de l'invalidé au regard de l'assurance-vieillesse, c'est-à-dire qu'il ait droit ou non au minimum garanti.

D'autre part, les rentes inscrites au compte individuel de l'assuré ne doivent être complétées que jusqu'à concurrence du montant de la pension effectivement à la charge de l'organisme d'assurance-invalidité et non de la pension théorique qui a pu être liquidée.

Cette réserve vise les assurés bénéficiaires d'une pension militaire ou d'accident du travail dont la rente de vieillesse ne sera majorée que jusqu'au montant de la pension d'invalidité effective après imputation des pensions susvisées.

Il reste bien entendu que si l'intéressé peut prétendre par les versements dont-il a été l'objet à un minimum de pension de vieillesse supérieur à la pension d'invalidité dont il jouissait effectivement au titre des assurances sociales, il aura droit à la liquidation de ce minimum dans les conditions applicables aux assurés ordinaires.

En ce qui concerne l'assuré dont la pension aurait été suspendue partiellement en vertu des dispositions de l'article 10, § 7 du décret-loi du 28 octobre 1935, la rente de vieillesse doit être complétée jusqu'à concurrence du montant intégral de la pension d'invalidité avant suspension.

Les mêmes dispositions interviennent si l'assuré subissait une réduction pour hospitalisation, puisqu'il cesse d'avoir droit aux soins à partir du moment où il jouit de sa pension de vieillesse.

Il y a lieu d'examiner maintenant la situation de l'assuré étranger.

L'article 10, § 15 du décret-loi précise que la différence entre le montant des rentes inscrites au compte individuel de l'assuré et celui de la pension d'invalidité dont il bénéficiait est à la charge du fonds de majoration.

Or, l'article 1^{er}, § 6 de ce même texte dispose, par ailleurs, que les assurés étrangers ne bénéficient des allocations et majorations imputables sur ce fonds que s'il a été passé, à cet effet, une convention avec leur pays d'origine.

En conséquence, la Belgique, l'Espagne, l'Italie et la Pologne, ayant seules passé convention avec la France (1), tous les ressortissants d'une autre nation ne perçoivent à 60 ans que la rente inscrite à leur compte individuel.

(1) L'Autriche avait également passé convention avec notre pays. Cette convention s'est trouvée annulée lors de l'annexion de l'Autriche à l'Allemagne.

A ce propos, il convient de noter que la naturalisation emporte le droit à l'intégralité des avantages consentis aux assurés français, quelle que soit la date à laquelle elle est intervenue, pourvu qu'elle soit antérieure à la demande de liquidation de pension de vieillesse.

Deux autres éléments sont susceptibles de modifier le montant de la pension de vieillesse attribuée à l'assuré invalide :

1° la demande de réversibilité sur la tête du conjoint survivant ;

2° la majoration pour enfants.

Le pensionné d'invalidité dont la pension est transformée en pension de vieillesse peut demander le bénéfice de l'article 11, § 11 du décret-loi du 28 octobre 1935, c'est-à-dire :

« Que le capital représentatif de sa pension serve à la constitution d'une rente réversible par moitié sur la tête de son conjoint survivant, avec jouissance, pour ce dernier, au plus tôt à cinquante-cinq ans. Dans ce cas, la pension subit une réduction qui est calculée d'après un barème arrêté par le ministre du Travail de telle manière qu'il n'en résulte pour la Caisse aucune charge supplémentaire. »

Dans ce cas, il convient pour déterminer le montant de la pension de réversion, de calculer tout d'abord la pension de vieillesse proprement dite que l'assuré aurait pu obtenir pour les versements dont il a été l'objet (y compris ceux versés par l'organisme d'invalidité).

Cette pension comportera, suivant le cas, soit seulement la rente correspondant aux versements inscrits à son compte individuel, soit, à la fois, cette rente et le complément de pension de l'assurance-vieillesse à la charge du fonds de majoration s'il peut prétendre au minimum de pension garanti.

Ladite pension de vieillesse, ainsi calculée, sera réduite dans les conditions prévues par l'article 11, § 11 précité (1). La pension de réversion sera égale à la moitié de cette pension.

D'autre part, la pension de vieillesse à laquelle l'assuré aurait eu droit s'il n'avait pas demandé la réversibilité, et comprenant par conséquent le complément destiné à lui assurer une retraite équivalente à sa pension d'invalidité, sera diminuée d'une somme égale à la réduction susvisée effectuée sur la pension de base pour le calcul de la pension de réversion.

En fait, seuls les assurés qui auraient droit au minimum garanti de vieillesse auront intérêt à demander la réversibilité de leur pension, puisque, dans le cas contraire, cette réversibilité ne porterait que sur la rente des versements opérés.

(1) Arrêté du 24 juin 1936. La réduction appliquée à la pension de vieillesse de l'assuré qui a demandé à faire bénéficier éventuellement son conjoint survivant d'une pension de réversion, varie avec l'âge atteint par son conjoint entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année où l'assuré atteint l'âge servant de base à la liquidation de sa pension, conformément au barème ci-après :

Age atteint par le conjoint au cours de l'année où l'assuré atteint 60 ans.	Réduction de la pension principale.	Pourcentage de la pension de réversion par rapport à la pension liquidée.	Pourcentage de la pension de réversion par rapport à la pension qui aurait été liquidée si la demande de réversion n'avait pas été introduite.
65 ans et plus ..	10 %	50 %	45 %
64 à 57	15 %	50 %	42,5 %
56 à 38	20 %	50 %	40 %
37 à 23	15 %	50 %	42,5 %
22 et moins	10 %	50 %	45 %

Conformément à l'article 38, § 1, du décret du 19 mars 1936, la majoration pour charges de famille prévue par l'article 14, § 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, s'éteint avec la pension d'invalidité.

La pension de vieillesse à liquider ne doit donc être portée qu'au chiffre de la pension d'invalidité proprement dite sans tenir compte des majorations.

Mais les dispositions de l'article 11, § 6, du décret-loi et de l'article 48, § 2, du décret du 19 mars 1936, s'appliquent au cas où l'assuré justifie avoir élevé trois enfants au moins jusqu'à seize ans et remplit les conditions lui ouvrant droit au minimum de pension de vieillesse garanti.

La majoration de 10 %, à attribuer dans ce cas, sera calculée non sur le montant de la pension de vieillesse substituée à la pension d'invalidité, mais sur le montant de la pension de vieillesse garantie à laquelle l'assuré pourrait prétendre.

La circulaire n° 29 du 28 mai 1936 précisait également que, lors de la substitution, les prorata d'arrérages feraient l'objet de paiements distincts par chacun des organismes débiteurs.

Ces dispositions ont été remplacées par celles de la circulaire n° 86 du 13 novembre 1936 qui édicte qu'à l'échéance immédiatement postérieure à la substitution, l'organisme ayant eu la charge de la pension d'invalidité règle à l'intéressé :

1° Pour son propre compte : le prorata des arrérages courus de la pension d'invalidité ;

2° Pour le compte de la Caisse d'assurance-vieillesse, un acompte sur les arrérages courus de la pension de vieillesse.

En raison des complications administratives entraînées

par l'application de la circulaire n° 86, certaines Caisses n'ont pas cru devoir en respecter les directives. Toutefois, ces difficultés intérieures n'intéressant pas directement les assurés sociaux, il y a lieu d'en reporter l'étude à un chapitre de la seconde partie, en indiquant simplement aux intéressés qu'au cours d'une récente circulaire (n° 51/1938) le ministre du Travail a rappelé « qu'il attachait la plus grande importance à ce que ces dispositions soient observées de la manière la plus stricte ».

CHAPITRE IX

Situations spéciales

Assurés de l'agriculture

Aux termes de l'articles 1^{er}, §§ 2 et 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, doivent être considérés comme assurés agricoles :

a) les salariés des professions agricoles et forestières régies par les lois des 30 juin 1889, 15 juillet 1914, 15 décembre 1922 et 30 avril 1926 sur les accidents du travail agricole.

b) les salariés des artisans ruraux visés à l'article 9 du décret du 9 février 1921, adhérents ou non à un syndicat agricole.

c) les salariés des entreprises de battage et de travaux agricoles.

d) les employés des syndicats agricoles.

e) les employés des organismes pratiquant l'assurance sociale agricole instituée par le présent décret.

f) les employés des Caisses d'assurance ou de réassurance mutuelle agricole, régies par la loi du 5 août 1920 modifiée.

g) les employés des Caisses de Crédit agricole mutuel régies par la loi du 5 août 1920 modifiée.

h) les employés des Coopératives agricoles régies par la loi du 5 août 1920 modifiée et par le décret du 9 août 1935.

i) les employés des Caisses d'allocations familiales agricoles régies par la loi du 11 mars 1932.

j) les employés de tous les groupements professionnels agricoles régulièrement constitués.

k) les métayers qui travaillent ordinairement seuls avec l'aide des membres de leur famille : conjoint, ascendants, descendants, frères, sœurs, collatéraux, et qui ne possèdent pas, à leur entrée dans l'exploitation, une part de cheptel d'une valeur supérieure à 1.000 francs.

A l'origine de l'application de la loi, les assurés agricoles n'étaient pas garantis contre le risque invalidité. Cette lacune ne devait pas tarder à être comblée et dès

le 30 juin 1934, les intéressés étaient autorisés à déposer des demandes relatives à toute affection médicalement constatée postérieurement au 1^{er} janvier 1933.

Dans son ensemble, le régime applicable aux assurés agricoles diffère peu de celui auquel sont soumis les salariés des professions commerciales et industrielles.

Les conditions d'ordre médical exigées des prétendants à pension sont identiques dans les deux législations.

Quant aux conditions d'ordre administratif, elles ne varient qu'en ce qui concerne les versements imposés au cours des deux années de référence, le législateur de l'assurance agricole ayant cru devoir faire une distinction justifiée par le sexe et l'âge des requérants, lors de la rédaction de l'article 9, § 1, du décret-loi du 30 octobre 1935 :

« Pour qu'un assuré puisse prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité, il doit avoir été immatriculé depuis deux ans au moins au début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie ou l'accident, et son compte individuel d'assurance vieillesse doit avoir été crédité, pour chacune de ces deux années, de cotisations s'élevant au moins à 100 francs pour les hommes, 60 francs pour les femmes et 20 francs pour les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans. »

Le montant de la pension attribuée à l'assuré agricole immatriculé avant l'âge de 30 ans est égal à 10 fois la cotisation annuelle moyenne figurant au compte individuel de l'intéressé, cette cotisation étant arrondie à la dizaine la plus voisine.

Pour l'assuré immatriculé après l'âge de 30 ans, elle est réduite d'un trentième par année ou fraction d'année d'âge comprise entre 30 ans et l'âge d'entrée. Toutefois, la pension d'invalidité ne peut en aucun cas être inférieure à :

800 francs si l'assuré justifie de 4 ans de versements ;

700 francs si l'assuré justifie de 3 ans de versements ;

600 francs si l'assuré justifie de 2 ans de versements ; ne comptent comme années de versements que celles au cours desquelles le compte individuel de l'assuré comporte, suivant le cas, des cotisations annuelles de 100, 60 ou 20 francs.

En ce qui concerne le calcul de la cotisation annuelle moyenne des assurés ayant cotisé antérieurement à 1936, sous le régime agricole, il convient de se reporter aux règles édictées par la circulaire ministérielle n° 80 du 2 novembre 1936 :

« on totalisera à part,

a) les cotisations vieillesse versées pour des périodes antérieures à 1936 (C) ;

b) les doubles cotisations totales (maladie et vieillesse) versées pour les périodes postérieures à 1936 (C').

On obtiendra respectivement la cotisation moyenne vieillesse (CMV) pour la période antérieure à 1936 (CMV) et la cotisation annuelle moyenne totale pour la période postérieure (CMT) en appliquant les formules suivantes :

$$\text{CMV} : \frac{C \times 12}{M} \qquad \text{CMT} : \frac{C' \times 12}{M}$$

M représentant le nombre total des mois d'assurance pour la période considérée.

« La pension d'invalidité calculée sur la base de 10 fois la cotisation annuelle moyenne de l'assurance vieillesse résultera de l'application de la formule ci-dessous :

$$\begin{array}{l} \text{Pour les hommes} \quad \frac{[(\text{CMV} \times 10) + (\text{CMT} \times 5)] \times \text{N}}{30} \\ \text{Pour les femmes} \quad \frac{[(\text{CMV} \times 10) + (\text{CMT} \times 3,75)] \times \text{N}}{30} \end{array}$$

« Si des versements postérieurs à 1935 ont été effectués pour des périodes où l'assuré n'avait pas encore 16 ans accomplis, il conviendra de procéder comme suit : on totalisera à part les doubles cotisations acquittées pour les périodes postérieures à 1935 et courues jusqu'à la fin du trimestre où l'intéressé a atteint son seizième anniversaire de naissance, et on établira la moyenne annuelle de ces cotisations (CMT') par rapport à l'ensemble des mois d'assurance antérieurs ou postérieurs à 1936 (M). Les doubles versements postérieurs seront également totalisés à part et donneront lieu au calcul de la cotisation annuelle moyenne (CMT'') en résultant pour l'ensemble des mois d'assurance

(M). On déterminera pour chacune de ces catégories la portion de versements à laquelle ils donneront droit. Celle afférente aux versements opérés jusqu'à la seizième année s'obtiendra en multipliant la cotisation moyenne (CMT') par 1,666. La portion de pension afférente aux versements postérieurs sera déterminée en appliquant à la cotisation moyenne (CMT'') la formule prévue pour les versements des adultes. » Aussi lorsque l'assuré a été soumis successivement aux deux régimes, sa pension sera établie sur la base :

$$\begin{aligned} & (\text{CMV} \times 10) + (\text{CMT}' \times 1,666) + (\text{CMT}'' \times 5) \quad (\text{hommes}) \\ \text{ou} & (\text{CMV} \times 10) + (\text{CMT}' \times 1,666) + (\text{CMT}'' \times 375) \quad (\text{femmes}) \end{aligned}$$

La circulaire précise d'autre part :

« La pension totale ou la pension réduite sera ensuite arrondie à la centaine la plus voisine, conformément aux dispositions de l'article 9, § 1^{er}, 3^e alinéa, du décret-loi du 30 octobre 1935. »

L'assuré agricole bénéficie des soins aux invalides pendant cinq ans, et les mesures de suspension, suppression, réduction, etc., qui lui sont applicables sont identiques à celles qui ont été prévues pour les assurés du commerce et de l'industrie.

La charge des prestations dispensées à l'assuré pendant les cinq premières années incombe à l'Union Nationale à laquelle est rattachée sa Caisse d'affiliation pour les risques maladies et maternité et dont le rôle correspond à celui des Unions Régionales dans le régime ordinaire.

Il y a lieu d'examiner maintenant la situation des salariés successivement ou alternativement inscrits dans l'assurance des professions agricoles et dans celle des professions du commerce et de l'industrie.

Cette situation est l'objet d'une étude particulière au cours de la circulaire n° 80 précitée :

« Lorsque des assurés ont appartenu alternativement aux professions agricoles et aux professions du commerce et de l'industrie, leur pension d'invalidité doit être liquidée conformément aux dispositions de l'article 40, § 7, du Règlement d'administration publique du 24 mars 1936. Aux termes de cet article, les prestations dues dans ce cas sont

celles correspondant au régime dont relève l'organisme qui a la charge des prestations.

« Le § 4, de l'article 40 susvisé précise que cet organisme est celui au regard duquel les conditions légales d'immatriculation et de versements sont remplies par l'assuré.

« Lorsque ces conditions ne sont pas remplies au regard dudit organisme, c'est celui auquel l'assuré a appartenu en dernier lieu qui doit supporter en définitive la charge des prestations, encore que l'organisme d'affiliation demeure chargé du service de celles-ci.

« Dans ce cas, ce sera donc le régime dont relèvera l'organisme auquel l'assuré aura été affilié précédemment qui devra être appliqué pour la liquidation de la pension.

« Pour la détermination du salaire annuel moyen ou de la cotisation annuelle moyenne servant de base au calcul du minimum de pension, il ne sera fait état que des seuls versements opérés sous le régime qui sera applicable. Mais pour déterminer si l'assuré justifie du nombre de versements ouvrant droit au minimum garanti, il sera tenu compte de la totalité des années de versements accomplies sous les deux régimes. Compteront, à cet effet, comme années de versements valables, celles pour lesquelles l'assuré justifiera des cotisations prévues pour l'obtention du minimum fixe de pension par le régime sous lequel elles auront été accomplies. »

Il convient de compléter les renseignements apportés par la circulaire n° 80 en précisant que le service des soins aux invalides est effectué selon le tarif de responsabilité de la Caisse d'assurance-maladie du régime retenu pour la liquidation.

Par ailleurs, la circulaire ministérielle n° 93 du 12 décembre 1936 dispose que, pour déterminer les prestations auxquelles ont droit les assurés agricoles qui effectuent un travail industriel ou vice-versa, il convient de décomposer les versements constatés sur les feuillets supplémentaires pour une valeur majorée s'il s'agit d'assurés ayant effectué à titre exceptionnel des travaux agricoles ou pour une valeur minorée dans le cas contraire.

Quant aux cotisations forfaitaires de vieillesse versées au compte des invalides agricoles, elles ont été fixées par un arrêté ministériel du 24 juin 1936 :

24 francs pour les assurés âgés de moins de seize ans,

72 francs pour les femmes âgées de plus de seize ans,
120 francs pour les hommes âgés de plus de seize ans.

Femmes d'assurés inscrites dans l'assurance spéciale

Les femmes non salariées des assurés sociaux sont admises au bénéfice de l'assurance spéciale dans des conditions définies par l'article 16 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Elles sont considérées comme des assurées obligatoires recevant un salaire annuel supposé de 1.500 francs et versent une cotisation annuelle équivalant à 8 % de ce salaire, soit 30 francs par trimestre.

Leur inscription s'effectue obligatoirement à la Caisse dont dépend leur mari et tout changement d'affiliation de ce dernier s'applique de plein droit à la femme.

Les assurées spéciales peuvent bénéficier d'une pension provisoire d'invalidité en cas d'incapacité totale de vaquer aux soins du ménage.

Le mode de détermination du montant de cette pension est précisé par la circulaire ministérielle n° 80, du 2 novembre 1936 :

On totalisera, à part, les cotisations vieillesse afférentes à des périodes antérieures à 1936 (c) et les cotisations globales acquittées postérieurement à 1935 (c'). Le salaire annuel moyen sera obtenu par la formule :

$$\frac{[(C \times 30) + (C' \times 12,5)] \times 12}{M}$$

M

M représentant le nombre total de mois d'assurance.

Le salaire annuel moyen de base ainsi obtenu est arrondi au multiple de 200 le plus voisin.

La pension est ensuite calculée suivant les règles applicables aux assurés du commerce et de l'industrie et également arrondie au multiple de 100 francs le plus voisin.

Toutefois, le chiffre de la pension à attribuer ne peut être inférieur à 250 francs si l'intéressée justifie d'au moins deux ans de versements. Seules entrent en ligne de compte à cet effet, les années pour lesquelles l'assurée aura versé :

1° antérieurement à 1936 : une somme égale au produit du nombre de mois d'assurance par 4 ;

2° postérieurement à 1935 : 30 francs par trimestre.

Assurés résidant à l'étranger

L'article 1^{er}, § 6, du décret-loi du 28 octobre 1935 dispose que les assurés étrangers qui cessent d'avoir leur résidence ou leur lieu de travail en France, conservent le bénéfice de la rente inscrite à leur compte individuel d'assurance-vieillesse et éventuellement des avantages qui peuvent résulter pour eux de conventions diplomatiques.

Or, aucune convention relative à l'assurance-invalidité n'étant intervenue, il résultait de ce texte que l'étranger invalide qui cessait de résider en France ne pouvait conserver le bénéfice de sa pension.

Cette interprétation devait être confirmée par le ministre du Travail à l'occasion de deux réponses écrites publiées par le *Journal Officiel* au cours de l'année 1936 :

1° Réponse du 10 juin à une question posée par M. Parmentier :

« Un assuré social de nationalité étrangère qui regagne son pays d'origine avant d'avoir fait constater son état d'invalidité ne saurait bénéficier d'une pension d'invalidité au titre de la législation sur les assurances sociales. »

**2° Réponse du 28 novembre à une question posée par
M. Dormann :**

« Aucun arrangement particulier entre la France et des pays étrangers n'a fixé les modalités suivant lesquelles les pensions d'invalidité prévues par le décret-loi du 28 octobre 1935 pourraient être servies aux assurés allant résider dans ces pays. »

Mais une évolution favorable aux assurés sociaux ne devait pas tarder à se manifester.

Dès le 19 juin 1937, le ministre du Travail faisait publier une circulaire suggérant l'assouplissement des dispositions légales :

« En attendant que puissent être conclus les arrangements particuliers fixant les modalités suivant lesquelles ces prestations pourront être servies, il paraît possible d'admettre l'application des dispositions suivantes en ce qui concerne les assurés qui, en vertu d'une convention diplomatique bénéficient des mêmes avantages que les assurés français, c'est-à-dire les Belges, les Autrichiens, les Espagnols, les Italiens et les Polonais.

« Ces assurés ayant droit aux mêmes prestations que les assurés français, les organismes d'assurances sociales peuvent, s'ils estiment que leur contrôle peut être exercé dans des conditions satisfaisantes par l'intermédiaire d'un organisme d'assurances de l'un des pays auxquels appartiennent lesdits assurés, procéder au règlement des prestations par l'entremise de cet organisme, après avoir passé avec lui un accord à cet effet ; bien entendu les accords ainsi passés devraient s'appliquer éventuellement aux pensionnés de nationalité française. Ils devraient, d'autre part, être mis en concordance, le cas échéant, avec les arrangements diplomatiques qui interviendraient par la suite. »

Le 6 novembre 1937, la circulaire n° 80 apportait aux organismes les précisions supplémentaires suivantes :

1° L'assuré étranger qui a regagné son pays d'origine dès l'expiration du délai de six mois de l'assurance maladie après avoir fait constater son état d'invalidité, mais sans avoir attendu la notification de la décision entraînée par sa demande de pension, n'obtiendra le bénéfice de cette pension que si la Caisse d'assurance invalidité estime avoir des garanties et des informations suffisantes pour se prononcer sur pièces ou après enquêtes faites par les médecins locaux qu'elle aura désignés.

2° Les organismes français de l'assurance invalidité apprécieront s'il y a lieu d'attribuer ou de maintenir la pension d'invalidité de l'assuré de nationalité française qui se rend, pour y subir un traitement, dans un établissement situé dans un pays étranger avec lequel aucune convention relative à l'application des assurances sociales n'est intervenue.

La plus grande latitude étant laissée aux organismes compétents, il paraît intéressant d'examiner les résultats pratiques des suggestions ministérielles.

En raison de l'annexion de leur pays à l'Allemagne, les assurés autrichiens ont perdu le bénéfice de la convention diplomatique intervenue avec la France.

De même la lutte intérieure qui déchire l'Espagne n'a pas encore permis aux organismes français de trouver en ce pays les éléments de contrôle indispensables. Cet état de choses ne crée d'ailleurs pas de difficultés administratives, les assurés sociaux espagnols n'aspirant nullement à quitter notre sol.

En ce qui concerne la Belgique, la question a été très simplifiée, les pensionnés de cette nationalité percevant directement leurs arrérages par mandat et ne subissant généralement que le contrôle d'un médecin français de la région limitrophe.

Quant aux assurés italiens et polonais, ils bénéficient de leur pension dans les conditions prévues par la circulaire du 19 juin 1937, c'est-à-dire sous le contrôle d'organismes locaux accrédités :

- 1° Institut National Fasciste de la Prévoyance à Rome
- 2° Institut d'assurances sociales de Varsovie.

Pour épuiser la question, il y a lieu de préciser que les assurés invalides français qui se rendent en Belgique, en Italie ou en Pologne, peuvent continuer de percevoir leur pension.

Il en est de même s'ils séjournent en Suisse à l'occasion d'une cure sanatoriale médicalement justifiée.

Assurés des régions recouvrées

Le législateur n'a pas cru devoir étendre aux régions recouvrées le régime général des assurances sociales, et l'article 42, § 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoyait qu'un règlement spécial d'administration publique déterminerait les règles de coordination applicables entre les régimes en vigueur en Alsace-Lorraine et dans le reste de la France.

Aussi, un décret publié le 29 juillet 1937 règle-t-il la situation des assurés du régime général qui vont travailler dans les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle, et celle des salariés soumis au régime local qui établissent le centre de leurs occupations dans une autre région.

Le premier principe posé par ce décret est qu'on ne peut au cours d'une même période, dépendre concomitamment des deux régimes, le lieu de travail permettant de déterminer le régime applicable.

Avant d'examiner les modalités particulières à l'assurance-invalidité, il convient de dégager la règle édictée par l'article 4 du Règlement d'administration publique :

« Lorsque les assurés sont affiliés successivement ou alternativement au régime général et au régime local ou inversement et que leurs droits sont subordonnés à l'accomplissement préalable de périodes minima d'affiliation ou de versements, il est tenu compte pour l'application de chaque régime des périodes effectives ou assimilées d'assurance obligatoire et des périodes d'assurance sociale facultative lorsque celles-ci entrent en compte pour la détermination des droits aux prestations de l'assurance obligatoire. »

Les dispositions de l'article 7 précisent les conditions et

limites de l'application de ce principe au regard de l'assurance-invalidité.

D'après le premier paragraphe de cet article, les périodes de versements accomplies sous le premier régime entrent en ligne de compte sous le second dès l'instant que l'assuré peut justifier du minimum de versements prévu par ce dernier.

En vue de l'acquisition du droit aux prestations du régime général, il importe peu que le montant minimum de versements prévu pour chaque année d'assurance ait été effectué ou non sous l'empire du code alsacien dès l'instant qu'au regard de celui-ci la période est valable au sens de l'article 4.

En ce qui concerne le régime local, il y a lieu de se référer en outre, aux dispositions du dernier paragraphe de l'article 8 qui précise que l'intéressé est considéré comme ayant acquitté chaque année, en sus des cotisations effectivement versées sous ce régime, les cotisations minima dudit régime pour les périodes pendant lesquelles a été effectué pour son compte, sous le régime général, le minimum fixé par celui-ci pour l'assurance-invalidité.

D'autre part, conformément aux dispositions de l'article 7, § 2, lorsqu'un des deux régimes subordonne l'attribution ou la quotité de certaines prestations à la condition d'entrer dans l'assurance avant l'accomplissement d'un âge déterminé, cette condition est considérée comme remplie dès l'instant que l'assuré y a satisfait sous le régime dont il dépendait à l'origine.

La demande de pension d'invalidité doit être adressée à l'organisme d'assurances auquel l'intéressé était affilié en dernier lieu et les modalités du calcul de la pension sont les suivantes :

Il y a toujours lieu de procéder à une double liquidation dont chacune incombe à l'organisme responsable de chaque régime.

Toutefois, bien que les deux pensions aient été déterminées compte tenu de l'ensemble des versements, elles sont réduites au prorata du nombre d'années d'assurance passées sous le régime considéré (1).

Il convient de préciser que les articles 1284 et suivants du code alsacien ont prévu un mode de liquidation nettement différent de celui imposé par notre législation.

En effet, la pension du régime local est composée de trois éléments :

- 1° allocation viagère fixe de 500 francs versée par l'Etat;
- 2° une somme de base de 600 francs au compte de la Caisse ;
- 3° la rente produite par les versements effectifs, majorée de 20 % (2).

Enfin, les articles 14 et 15 du décret du 19 juillet 1937 disposent que les juridictions compétentes pour connaître les litiges nés à l'occasion de l'application de la loi sur les assurances sociales sont celles du régime auquel l'assuré était affilié en dernier lieu.

(1) A titre d'exemple la pension d'invalidité attribuée à un assuré ayant cotisé 10 ans sous le régime alsacien et 4 ans sous le régime français sera la suivante :

1° Au compte de l'organisme alsacien les 10/14^{es} de la pension totale calculée sous le régime alsacien, compte tenu des versements du régime général.

2° Au compte de l'organisme du régime général : les 4/14^{es} de la pension totale calculée sous le régime général, compte tenu des versements du régime local.

(2) Un décret rendu le 29 août 1938 a modifié comme suit ces dispositions :

1° La somme de base de 600 francs fixée par l'article 12, § 8 du Code des Assurances Sociales du 19 juillet 1911 maintenu par la loi du 17 novembre 1919 est portée à 720 francs.

2° La majoration de 20 % des cotisations effectives fixées à l'article 1289 du même code est portée à 24 % desdites cotisations.

Assurés soumis à des régimes spéciaux d'assurance

L'article 23 du décret-loi du 28 octobre 1935 édicte les règles applicables aux assurés soumis à des régimes spéciaux d'assurance :

§ 1^{er}. — Demeurent respectivement soumis aux législations des règlements qui les régissent à l'égard des risques garantis, en exécution de l'article premier du présent décret, les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des établissements publics d'assistance, des chemins de fer d'intérêt général, des chemins de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et des tramways, les ouvriers mineurs et ardoisiers et le personnel de leur caisse autonome, les inscrits maritimes et les agents du service général, les agents bénéficiaires de la loi du 28 juillet 1928 relevant des entreprises concessionnaires des services publics du gaz et de l'électricité, les agents relevant des services concédés ou en régie de distribution d'eau et bénéficiaires d'une Caisse autorisée en vertu de la loi du 27 décembre 1895, les agents placés sous le régime des décrets des 11 février 1920, 12 janvier 1922, 4 avril 1926, les agents placés sous le régime des décrets des 16 janvier et 28 janvier 1808, et les agents des établissements placés sous le régime des décrets des 28 février 1852 et 28 juin 1854, et des lois des 5 juillet 1900 et 29 décembre 1911, le personnel des Chambres de Commerce exploitant un ou plusieurs services publics prévus à l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, le personnel des ports autonomes, le personnel bénéficiaire du régime prévu à l'article 10 de la convention du 30 juin 1923, approuvée par la loi du 22 juillet 1927, le personnel des théâtres nationaux subventionnés, bénéficiaires d'une Caisse de retraite instituée par décret.

§ 2. — Des décrets fixent les règles de coordination de ces divers régimes avec le régime général des Assurances sociales et déterminent le mode de liquidation des droits de l'intéressé qui passe d'un régime à un autre, et notamment de l'agent qui vient de quitter le service de l'Administration, avant d'avoir droit à une pension et le transfert de la valeur de ces droits aux assurances sociales et inversement. Les mêmes décrets fixent le régime d'assurance définitif de ces salariés, lequel doit les couvrir contre l'ensemble des risques prévus au titre II, sans que les prestations de même nature déjà accordées auxdits salariés antérieurement au 1^{er} juillet 1935 puissent être réduites ou supprimées.

§ 3. — Demeurent également soumis aux règlements et statuts qui les régissent, les salariés des entreprises qui, antérieurement au 1^{er} janvier 1935, avaient organisé au profit de leur personnel et avec la participation de celui-ci, à la fois une institution de retraite autonome autorisée dans les conditions de l'article 28 de la loi des Finances du 30 décembre 1928 « et une Caisse d'assurance maladie, sous la double réserve que l'affiliation à ces institutions soit rendue obligatoire

par le contrat de travail et que les statuts desdites institutions prévoient, pour l'ensemble des risques maladie, maternité, décès, soins aux invalides et vieillesse, des avantages au moins égaux à ceux du titre II ci-dessus. »

« Les dispositions du § 2 du présent article sont applicables aux institutions précitées, lesquelles seront soumises au contrôle de l'Etat. »

Pour connaître la situation des intéressés au regard de l'assurance-invalidité, il convient de se reporter aux décrets de coordination correspondants dont l'examen paraît sortir du cadre de la présente étude.

Assurés radiés

Aux termes de l'article 1^{er}, § 10, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié, le Service régional doit procéder à la radiation de l'assuré qui cesse de remplir les conditions prévues par cet article, en perdant la qualité de salarié ou en bénéficiant d'une rémunération annuelle totale supérieure à 30.000 francs.

Cette radiation peut être opérée, soit sur la demande de l'intéressé ou de l'employeur, sous réserve de la production des justifications nécessaires, soit sur l'initiative du Service régional.

Elle a effet à compter du premier jour du trimestre suivant.

L'assuré radié conserve les droits que lui confèrent les versements effectués antérieurement à sa radiation.

En matière d'assurance-invalidité, ces droits sont précisés par l'article 10, § 18, du décret-loi du 14 juin 1938 qui édicte la règle suivante :

« L'assuré qui cesse d'être assujéti à l'obligation d'assurance avant d'avoir droit aux prestations de l'assurance vieillesse, et qui ne bénéficie pas des prestations de l'assurance invalidité, conserve ses droits à une pension éventuelle d'invalidité, à la condition de demander la

liquidation de cette pension avant l'expiration du délai de dix-huit mois qui suit la date à laquelle sa radiation prend effet. »

Le décret-loi du 28 octobre 1935 n'avait pas prévu le maintien des droits aux prestations de l'assurance-invalidité en faveur des assurés radiés.

Certes, devant le mutisme des textes, on pouvait estimer que ce droit était acquis aux intéressés. En réalité il n'en était rien.

Aussi faut-il se féliciter de voir la législation française mise en harmonie avec les conventions internationales qui prévoient que l'assuré cessant d'être assujéti à l'obligation d'assurance doit conserver le bénéfice de la validité de ses cotisations et ne peut être entièrement déchu de ses droits avant l'expiration d'un délai variable avec le temps passé dans l'assurance, ou d'un délai fixe, au moins égal à dix-huit mois.

Quant à l'assuré invalide qui reprend son travail à un salaire supérieur au chiffre limite, il n'en continue pas moins à bénéficier des soins aux invalides et peut éventuellement percevoir à nouveau sa pension s'il vient à interrompre ses occupations.

Il y a lieu d'examiner maintenant un des points les plus critiqués de la législation en vigueur : la liquidation de la pension d'invalidité de l'assuré radié et réintégré.

Aux termes de cette législation, la liquidation est opérée comme suit :

1° on détermine le salaire annuel moyen de base sans tenir compte des années de radiation ;

2° l'âge d'entrée dans l'assurance est celui de la première immatriculation ;

3° on ne déduit aucun trentième par année de radiation.

Cette manière d'opérer donne de surprenants résultats qu'il convient de stigmatiser par des exemples concrets :

1^{er} exemple : un assuré immatriculé le 1^{er} juillet 1930, radié le 1^{er} juillet 1931, réintégré le 1^{er} janvier 1936 est atteint d'une affection constatée le 18 janvier 1938.

Les cotisations créditées à son compte sont les suivantes :

Du 1^{er} juillet 1930 au 1^{er} juillet 1931 : 120 francs par trimestre (vieillesse) ;

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 1936 : 210 francs par trimestre (double cotisation) ;

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 1937 : 240 francs par trimestre (double cotisation).

L'assuré étant né le 1^{er} octobre 1910, voici comment sera calculée la pension :

$$\frac{[(480 \times 22,5) + (840 \times \frac{100}{7}) + (690 \times 12,5)] \times 12}{36} = 11.600$$

$$11.600 \times \frac{40}{100} = 4.640, \text{ soit } 4.600 \text{ francs}$$

2^e exemple : supposons maintenant qu'au lieu d'être radié le même assuré ait cotisé sans interruption du 1^{er} juillet 1931 au 1^{er} juillet 1936 à raison de 72 francs par trimestre, le calcul serait alors le suivant :

$$\frac{[(480 \times 22,5) + (1.296 \times 25) + (840 \times \frac{100}{7}) + (960 \times 12,5)] \times 12}{90} = 8.960 \text{ soit } 9.000$$

$$9.000 \times \frac{40}{100} = 3.600 \text{ francs}$$

Ainsi le fait d'avoir versé ou fait verser par son employeur 2.592 francs supplémentaires aura pour effet de diminuer de 1.000 francs le montant annuel de la pension.

On pourra certes objecter qu'au cours des 54 mois sus-visés l'assuré est resté garanti contre les divers risques, il n'en est pas moins vrai qu'une réforme s'impose, et il y a lieu de penser qu'elle interviendra dans un délai rapproché.

CHAPITRE X

Litiges

L'assuré peut contester toute décision dont il est l'objet de la part de sa Caisse d'affiliation pour le risque invalidité.

Les juridictions habilitées pour connaître les litiges nés à l'occasion du fonctionnement de la loi sont différentes selon qu'il s'agit de contestations d'ordre médical ou d'ordre administratif.

Mais, en tout état de cause, la procédure est simple et peu onéreuse, et c'est pourquoi le bénéfice de l'assistance judiciaire n'a pas été prévu en matière d'assurances sociales (1).

COMMISSION TECHNIQUE RÉGIONALE D'INVALIDITÉ

Composition

Les conditions de fonctionnement de la Commission technique régionale d'invalidité ont été fixées par un arrêté du 29 mai 1936.

L'article 1^{er} en détermine la composition : « elle comprend un médecin désigné chaque année par le premier président de la Cour d'appel, soit sur une liste de médecins experts près la Cour d'appel, soit sur une liste éta-

(1) Réponse à question n° 13.000. *Journal Officiel*, 6 août 1935.

blie par les syndicats ou associations de médecins de la région, un médecin désigné par la Caisse d'assurance-invalidité intéressée, un médecin désigné par l'Union régionale des Caisses primaires d'assurance-maladie-maternité, un médecin désigné par l'assuré.

De plus, parallèlement à la prise en considération pour la définition de l'invalidité du salaire effectivement perçu, l'arrêté du 29 novembre 1937 a introduit un élément administratif en adjoignant aux médecins, un représentant de l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre; il appartient à ce nouveau membre de recueillir, notamment auprès des groupements locaux d'employeurs ou de salariés, toutes informations sur l'orientation professionnelle à donner à l'invalidé et sur ses possibilités de placements. L'arrêté précise que le représentant sera choisi, soit parmi les fonctionnaires appartenant au personnel du service de contrôle de la main-d'œuvre, soit parmi les membres des commissions administratives des Offices départementaux de placement prévus à l'article 85 c du Code du travail.

Ainsi constituée, la commission diffère profondément de celle qui avait été instituée par l'article 73 de la loi de 1930; la fixité de certains de ses éléments, médecin-président nommé pour un an et médecin de l'Union régionale dont la désignation vaut pour toutes les affaires que le recours soit formé par l'assuré, par la Caisse invalidité ou par l'Union régionale, permettra d'arriver à une jurisprudence plus uniforme; en outre, leur connaissance des assurances sociales assurera une unité de vue dans leurs appréciations.

Contrairement à la jurisprudence en vigueur sous la loi de 1930, l'absence du médecin désigné par l'assuré n'est

pas un motif d'annulation lorsque le praticien a été régulièrement convoqué (1) ; il faut du reste noter qu'afin d'éviter, soit les frais de déplacements de son médecin traitant, soit des honoraires trop élevés s'il est soigné par un professeur, l'assuré a la faculté de demander au secrétariat communication de la liste établie par les syndicats médicaux et d'y choisir un médecin pour le représenter.

L'ancienne Commission était bien loin de donner satisfaction tant étaient nombreuses les irrégularités de procédure, aussi est-ce dans le but de remédier à cet inconvénient que la nouvelle Commission est nantie d'un secrétariat chargé d'assurer le bon fonctionnement des dispositions de la loi ; il a été prévu par l'article 2 de l'arrêté du 29 mai 1936 : « le secrétariat de la commission est assuré par un secrétaire et s'il y a lieu par un secrétaire-adjoint désignés par le directeur du Service régional parmi les agents de ce Service ».

Son rôle a été précisé par la circulaire ministérielle n° 36/1936 : il lui appartient de recevoir la lettre recommandée saisissant la Commission, d'inviter les autres parties ou organismes intéressés à désigner leur médecin, de convoquer les membres de la Commission par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dix jours au moins d'avance, de notifier dans les cinq jours aux parties intéressées la décision prise, de transmettre lorsqu'il reçoit appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales les pièces et mémoires remis par les parties, de recevoir communication des examens et analyses prescrits par la Commission; en outre la circulaire ministérielle n° 50/1938 lui reconnaît la possi-

(1) B., n° 364, 1^{er} février 1937. — B., n° 387, 26 avril 1937. — G., n° 359, 26 avril 1937. — de L., n° 376, 26 avril 1937.

bilité d'informer l'assuré de l'irrecevabilité de sa demande lorsque celle-ci a été formulée hors des délais prévus.

Compétence

La compétence *rationae loci* a été fixée par l'article III :
« La Commission compétente est celle dans la circonscription de laquelle a son siège la Caisse maladie qui a eu la charge des prestations pendant les six premiers mois de l'incapacité de travail ».

Le fait de donner un cadre régional à la Commission présente pour l'assuré un inconvénient : l'éloignement du siège de cette juridiction motive fréquemment l'abstention du médecin traitant qui hésite à perdre un temps parfois considérable ; si le législateur a néanmoins prévu cette délimitation, c'est pour permettre à la commission d'avoir des cas plus nombreux à étudier et de pouvoir ainsi tenir une séance régulière une fois par semaine ; en outre il est logique que la compétence de la Commission soit celle du siège de l'Union régionale qui, d'une part, est représentée d'une façon permanente, et qui, d'autre part, a la charge des rentes pendant les cinq premières années.

Le secrétaire saisi d'une demande ne relevant pas de sa juridiction devra la transmettre à la Commission compétente et en aviser le demandeur.

La Commission technique est appelée à se prononcer sur tous les litiges élevés à la suite de décisions prises par les Caisses invalidité en exécution des articles 32-34 du décret du 19 mars 1936 :

- Evaluation à plus ou moins des 2/3 du taux d'invalidité chez l'assuré qui sollicite une pension ;
- Imputabilité éventuelle de l'aggravation de l'état

d'invalidité à la cause qui a ouvert droit à la pension militaire ou à la rente des accidents du travail ;

— Evaluation à plus ou moins de 50 % de la capacité de travail du pensionné.

En vue de l'appréciation de la capacité de travail, la Commission doit se placer à la date à laquelle la décision a pris effet (1), de plus elle devra suivre les directives données par la circulaire ministérielle du 27 novembre 1937 (2).

De nombreuses décisions avaient limité la compétence de la Commission technique à l'évaluation du pourcentage d'invalidité en lui déniaient notamment la possibilité de statuer sur la suspension ou la suppression (3) ; il semble cependant que le législateur lui a reconnu des pouvoirs plus étendus puisque l'article 35, § 1, du décret du 19 mars 1936 stipule que la Commission statue sur la réclamation de l'assuré qui conteste les décisions prises par la Caisse invalidité en vertu de l'article 34 du décret précité ; or, cet article est ainsi conçu : si le médecin contrôleur de la Caisse invalidité constate que la capacité de travail de l'invalidé pensionné est devenue supérieure à 50 %, cette Caisse suspend ou supprime la pension, elle décide, en outre, s'il y a lieu de continuer les soins ; de l'étude même de ce texte, il résulte que la Commission technique est compétente pour décider la mesure qui doit être envisagée : suspension ou suppression, avec ou sans continuation des soins. La Section permanente paraît, du reste, s'orienter dans ce sens : affaire Marty, n° 388, 26 avril 1937, transformation d'une décision de suppression en suspen-

(1) Affaire M., n° 411, 26 avril 1937.

(2) Affaire P., n° 1086, 31 janvier 1938.

(3) Affaires P., n° 381, 26 avril 1937. — H., n° 385, 26 avril 1937.

sion avec soins, l'affection paraissant de nature à entraîner la cessation du travail.

La question est différente en ce qui concerne le droit pour l'assuré au bénéfice des soins gratuits et du sursis à statuer ; les Unions régionales, ayant des ressources limitées, ont seules qualité pour se prononcer sur l'attribution de ces prestations, la Commission est donc incompétente (1). Il faut souligner toutefois que la procédure du sursis à statuer ayant été établie dans l'intérêt des assurés, elle ne saurait avoir pour effet de diminuer les droits que ceux-ci tiennent de la loi ; l'assuré qui est l'objet d'une décision de sursis à statuer peut donc la contester devant la Commission en tant qu'elle lui dénie une incapacité de travail supérieure aux deux tiers.

La Section permanente du Conseil Supérieur des assurances sociales (2) a d'ailleurs confirmé cette interprétation en précisant, par ailleurs, que l'intéressé conserve ce droit jusqu'à l'expiration du délai d'appel qui lui est imparti pour contester la décision définitive (accord ou rejet) qui interviendra par la suite. Dans ce cas, la Commission régionale doit apprécier le pourcentage d'invalidité à la date invoquée par le requérant.

L'article 35 du Règlement d'Administration publique stipule que l'assuré qui conteste la décision de la Caisse invalidité dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date de réception de la notification de cette décision pour adresser une lettre recommandée avec demande d'avis de réception au secrétariat de la Commission technique régionale. L'arrêté du 29 mai 1936 précise en outre

(1) Affaire N., n° 467, 3 novembre 1937.

(2) Avis du 23 mai 1938.

que cette lettre doit indiquer le nom et l'adresse de l'assuré, la Caisse invalidité à laquelle il est affilié, le médecin qualifié pour le représenter. Il y a lieu de respecter les délais imposés, car la réclamation formulée après leur expiration doit être reconnue irrecevable par la Commission (1).

Procédure

Une fois saisie, la Commission technique régionale procède à l'instruction de l'affaire. La circulaire n° 48/1938 l'invite à ne se prononcer exclusivement sur pièces qu'à titre exceptionnel ; en principe, elle doit ordonner des expertises ou un examen dans un établissement public déterminé ; si le malade ne peut se déplacer, elle délègue un ou plusieurs de ses membres pour l'examiner ou fait procéder à cet examen par un médecin exerçant dans le département du domicile du malade ; elle ne statue valablement que si trois de ses membres dont le président sont présents ; chacun expose son opinion, le médecin de l'assuré, s'il n'est pas celui qui le soigne, communique les renseignements que son confrère a pu lui faire parvenir.

Les décisions sont prises à la majorité des voix ; en cas de partage égal, celle du président est prépondérante.

Un procès-verbal est dressé par le président ; il doit comporter une description précise de l'état de l'assuré pour justifier la décision intervenue (1) et servir de base à la Section permanente ; en outre, il y a lieu d'indiquer si la décision a été prise à l'unanimité ou à la majorité des

(1) H., n° 1053, 1^{er} décembre 1937.

(1) M., n° 388, 26 avril 1937.

voix, s'il a été jugé sur pièces ou si le malade a été examiné. Le président signe le procès-verbal et le fait signer par les autres médecins.

La décision devient définitive si, dans un délai de quinze jours à compter de la date de réception de la notification qui a été faite à l'assuré, elle n'a pas fait l'objet d'un appel devant la Section permanente du Conseil Supérieur des assurances sociales.

Si la partie perdante refuse de se conformer à la décision de la commission, l'autre partie est fondée à la poursuivre devant la Commission d'arrondissement conformément à l'article 36, § 1^{er}, du décret, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception du refus opposé par la partie perdante.

L'assuré, la Caisse invalidité et l'Union régionale supportent respectivement les honoraires de leur médecin. La partie perdante a en outre la charge des frais d'expertise qui sont fixés conformément au tarif établi par les premiers présidents des Cours d'appel. Dans tous les cas, ils sont réglés par la Caisse invalidité ; s'ils ne lui incombent pas en définitive, elle en réclame le montant à la partie perdante. Si, toutefois, le montant total des honoraires médicaux et des frais d'expertise à la charge de l'assuré est supérieur à 100 francs, la Commission technique peut rendre la Caisse invalidité débitrice de la part excédant cette somme.

Appel

L'assuré et la Caisse invalidité peuvent interjeter appel devant la Section permanente du Conseil Supérieur des assurances sociales.

Cet appel doit être déposé au secrétariat de la Commission technique régionale ou au secrétariat de la Section permanente par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les quinze jours de la notification par le secrétaire de la Commission technique. Les pièces et mémoires sont transmis par ce secrétariat au secrétariat de la Section permanente qui statue définitivement dans le délai de deux mois (article 35, § 2, du décret du 19 mars 1936).

Cette Section permanente du Conseil Supérieur est élue par le dit Conseil Supérieur dans son sein. Elle comprend (décret du 10 décembre 1935) :

- un sénateur ;
- deux députés ;
- un conseiller désigné à ce titre par le vice-président du Conseil d'Etat ;
- trois représentants du ministre du Travail ;
- le Directeur général de la Caisse générale de garantie ;
- le Directeur général de la Caisse des Dépôts et Consignation ;
- deux représentants des Conseils d'administration des Caisses primaires d'assurances sociales et des sociétés ou unions visées aux articles 3 et 7 du décret du 30 octobre 1935 ;
- trois représentants des Conseils d'administration des union régionales visées à l'article 30 du décret du 28 octobre 1935 ;
- un délégué du Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuelles ;
- deux délégués des groupements professionnels de médecins ;
- un délégué des groupements professionnels de chirurgiens dentistes ;
- un délégué des groupements professionnels de pharmaciens ;
- trois personnes connues pour leurs travaux sur les questions d'assurance, de prévoyance ou de chômage et désignées à ce titre par le ministre du Travail ;
- un membre agrégé de l'Institut des actuaires français désigné à ce titre par le ministre du Travail.

La procédure est écrite, la Section permanente ne procède en aucun cas à l'examen de l'assuré ; aussi, si les documents produits ne fournissent pas d'éléments suffisants, la décision intervenue est annulée et l'affaire est renvoyée devant une nouvelle Commission technique régionale. Elle

joue donc à la fois le rôle de Cour d'appel et de Cour de Cassation.

Ses fonctions ne se bornent pas là, elle est en outre appelée à donner son avis sur les questions posées par le ministre. En matière d'invalidité, on peut signaler l'avis du 21 juillet 1937 sur la définition de l'invalidité et celui du 22 juillet 1937 sur l'attribution des prestations en nature et la compétence des Commissions techniques régionales.

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT

Parallèlement aux juridictions qui sont chargées de statuer sur les différends d'ordre médical, les Commissions d'arrondissement, créées par l'article 36 du décret-loi du 28 octobre 1935 en remplacement des Commissions cantonales, sont appelées à se prononcer sur les autres litiges.

Elles sont constituées dans chaque ressort du Tribunal de première instance et au siège de ce Tribunal; dans la Seine cependant, il n'est constitué qu'une seule commission pour l'ensemble du département; toutefois, un décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et de la Justice peut décider la création de plusieurs sections de ces commissions dans tous les cas où celle-ci est reconnue nécessaire.

La Commission est composée d'un président assisté d'un employeur et d'un assuré.

Dans la première quinzaine de chaque année, le Service régional choisit par arrondissement les douze employeurs et les douze assurés appelés à faire partie pendant l'année de la Commission et désigne aussi un nombre égal de suppléants. La mission de chacun d'eux dure un mois; ils

doivent être pris en dehors des membres du Conseil d'administration des Caisses primaires dont ils relèvent.

En vertu de l'article 163 du décret du 19 mars 1936, ne peuvent faire partie des Commissions les personnes qui ne remplissent pas les conditions requises pour être juré par les articles 1^{er} et 2^e de la loi du 21 novembre 1872 ou qui ont été l'objet, dans les cinq années précédentes, d'une condamnation en application de l'article 4 ou 27 du décret-loi susvisé.

Les membres de la Commission sont convoqués par le greffier qui leur envoie une lettre recommandée au moins huit jours avant celui de l'audience.

Tout employeur ou assuré, membre titulaire ou suppléant, qui ne se rendrait pas sans excuse jugée légitime à la convocation dont il aurait été l'objet, s'expose à une amende de cinq à dix francs pour chaque absence non justifiée.

L'article 1^{er} du décret du 23 octobre 1936 prévoit qu'ils reçoivent les mêmes indemnités que les membres du jury criminel.

Compétence

La compétence *rationae materiae* s'étend à toutes les difficultés auxquelles donne lieu l'application de la loi des assurances sociales à l'exception de celles qui posent une question médicale technique.

En matière d'invalidité, elle connaît notamment les contestations, soit élevées à la suite de rejets de demandes de pension motivés par une question de durée d'immatriculation ou d'insuffisance de versements, soit relatives au point de départ des arrérages d'une pension ou à son

montant ou aux suspensions des pensions des assurés qui, ayant repris le travail, disposent de ressources supérieures au salaire qu'ils percevaient avant d'être reconnus invalides.

La compétence est limitée aux litiges qui ont trait à l'assurance obligatoire du commerce et de l'industrie ou à l'assurance spéciale des femmes d'assurés, les litiges résultant de l'application du décret-loi du 30 octobre 1938 doivent être portés devant une commission d'arrondissement analogue à celle instituée par l'article 36, mais dont le président est assisté d'un employeur et d'un assuré agricoles.

La compétence *rationae loci* a été fixée par l'article 155 du décret-loi du 19 mars 1936 : la Commission compétente est celle du domicile du défendeur ou du siège statutaire de l'organisme défendeur.

Procédure

Aux termes de l'article 36 du décret du 19 mars 1936, la Commission devait être saisie dans un délai de dix jours ; ce laps de temps très bref présentait l'avantage de stabiliser rapidement les rapports de l'assuré avec sa Caisse et de l'inciter dans son propre intérêt à agir au plus vite ; en fait, l'expérience a prouvé que cette disposition était préjudiciable à l'assuré qui, souvent, laisse écouler le délai de dix jours ; aussi le décret du 14 juin 1938 a-t-il substitué à celui-ci un délai de trois mois qui conserve pour point de départ la date de réception de la notification.

Si le Service régional ou l'organisme auquel a été adressée la demande ou la réclamation n'a pas fait connaître sa décision dans les deux mois, la partie intéressée peut con-

sidérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la Commission d'arrondissement; dans ce cas, le délai est de trois mois après l'expiration des deux mois.

La Commission est réunie dans les dix jours à compter de la réception de la requête; le greffier convoque les parties qui peuvent, si la Commission n'exige pas leur comparution personnelle, se faire représenter par un avocat, un avoué ou un mandataire muni d'un pourvoi sur papier libre.

La Commission doit faire tous ses efforts pour concilier les parties; en cas d'échec, elle statue sans forme de procédure et sans frais, la décision n'est pas susceptible d'opposition mais elle doit être motivée.

Le greffier adresse dans la huitaine un extrait à chacune des parties convoquées à l'audience par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les jugements doivent contenir, sous peine de nullité, les noms des juges qui ont concouru à la décision.

Appel

Dans le mois de réception de la notification, chacune des parties intéressées peut interjeter appel devant le Tribunal civil; toutefois, il ne suffit pas d'envoyer une lettre recommandée; la partie appelante doit ou comparaître en personne ou se faire représenter par un fondé de pouvoir muni d'une procuration spéciale; l'appel n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné d'un mémoire contenant l'exposé des moyens et les conclusions de l'appelant. Le greffier en informe sans délai les autres parties en leur signalant qu'elles peuvent dans le délai d'un mois faire parvenir au greffier du tribunal civil un mémoire accompagné ou non de pièces justificatives.

L'affaire est jugée sans autre forme de procédure, avec dispense du ministère d'avoué et sans autres frais que les émoluments alloués au greffier conformément à l'article 162 du décret du 19 mars 1936.

Les parties sont averties quinze jours au moins d'avance de la date à laquelle l'affaire sera appelée.

Les jugements sont rendus, dans un délai d'un mois, sur le rapport d'un juge fait en audience publique ; le ministère public est entendu dans ses conclusions.

Il n'y a pas de plaidoirie, mais les parties peuvent présenter à l'audience des observations ; le Tribunal peut les inviter à fournir oralement des explications ou justifications complémentaires ; en cas d'empêchement dûment justifié des parties de comparaître à l'audience, celles-ci peuvent se faire représenter, soit par un fondé de pouvoir muni d'une procuration spéciale, soit par un avocat ou un avoué.

Le Tribunal peut recourir éventuellement aux mesures d'instruction en usage devant la justice de paix.

Dans la huitaine, le greffier du Tribunal adresse un extrait de la décision à chacune des parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette décision n'est pas susceptible d'opposition.

Recours en Cassation

Le jugement peut être déféré à la Cour de Cassation pour violation de la loi, dans les dix jours de la réception de la notification prévue à l'article 157 du décret du 19 mars 1936.

Il y a lieu de noter que les formalités à remplir sont les mêmes que celles déjà étudiées pour l'appel ; la partie doit donc se présenter elle-même ou donner à un manda-

taire une procuration spéciale ; il y a lieu d'autre part de remarquer que le pourvoi en Cassation n'est admis que pour violation de la loi ; les autres causes normalement admises (incompétence, excès de pouvoir, inobservation des formes prescrites) ne sont pas retenues.

Le pourvoi n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné :

1° D'une expédition du jugement attaqué, avec justification de la date à laquelle la notification en a été reçue par les parties ;

2° De l'indication sommaire des moyens de cassation invoqués.

Le demandeur peut faire parvenir au greffe du Tribunal civil un mémoire ampliatif accompagné ou non de pièces justificatives. Les mémoires et les pièces doivent être accompagnés d'autant de copies qu'il y a de parties en cause. Ils ne sont recevables par le greffier que dans le délai d'un mois à dater de l'introduction du pourvoi.

A l'expiration du délai imparti pour la production du mémoire ampliatif, le greffier donne avis du pourvoi par lettre recommandée aux parties intéressées et leur adresse copie :

1° Du procès de déclaration du pourvoi et des moyens de cassation invoqués par le demandeur ;

2° Du mémoire ampliatif qui aurait été déposé et des pièces justificatives qui y auraient été jointes ; les copies du procès-verbal et des moyens de cassation seront certifiées conformes par le greffier, celles du mémoire ampliatif et des pièces justificatives seront certifiées conformes par le demandeur. Toutes ces copies sont dispensées des formalités de timbre et d'enregistrement.

En même temps, le greffier informe le défendeur qu'il

peut lui faire parvenir un mémoire en défense dans un délai d'un mois.

A l'expiration de ce délai, le greffier du Tribunal civil transmet sans frais au greffier de la Cour de Cassation les pièces produites par les intéressés en y joignant les avis de réception de la poste.

Le pourvoi dispensé du ministère d'un avocat à la Cour de Cassation, est porté directement devant la Chambre civile qui statue sans frais, ni consignation d'amende, dans les trois mois suivant la réception du dossier.

Tout mémoire ampliatif ou mémoire en défense produit par un avocat à la Cour de Cassation après la transmission faite par le greffier du Tribunal civil au greffier de la Cour de Cassation est adressé directement à ce dernier et n'est recevable que dans le mois suivant la réception du dossier. Toutefois, conformément à l'article 37, § 5, du décret-loi du 28 octobre 1935, ce délai ne sera pas opposable aux mémoires produits par le ministre du Travail.

DEUXIÈME PARTIE

L'assurance invalidité par rapport aux organismes

CHAPITRE I

Historique

Sous l'empire de la loi de 1930, quatre organismes assuraient le fonctionnement de l'assurance invalidité : la Caisse maladie, le Service départemental, la Caisse invalidité et la Caisse générale de garantie.

La Caisse maladie recevait la demande et constituait le dossier qu'elle transmettait au service départemental qui, après y avoir joint un relevé de fiche comptable, le faisait parvenir à la Caisse invalidité ; celle-ci examinait la demande tant au point de vue médical qu'administratif, donnait son accord ou opposait son refus et soumettait le dossier à la Caisse générale de garantie qui, après avoir pris connaissance de la décision de la Caisse invalidité, renvoyait les documents à cette dernière, en lui faisant éventuellement part de ses observations.

A ce moment, notification était faite à l'assuré de la

décision prise à son égard, sous la double responsabilité de la Caisse générale de garantie et de la Caisse invalidité.

En cas d'accord, les soins aux invalides étaient dispensés par la Caisse maladie et le service de la pension était assuré par la Caisse invalidité, l'ensemble de ces prestations étant à la charge de la Caisse générale de garantie.

Ce bref exposé des fonctions des divers organismes montre suffisamment la filière qu'une demande de pension devait suivre avant que son auteur puisse obtenir satisfaction. Et la superposition des organismes provoquait des retards atteignant parfois deux années, causant ainsi un préjudice certain à la santé et à la vie même des invalides et fournissant des arguments aux détracteurs d'une loi dont le bon fonctionnement exige le versement rapide, simple et contrôlable de tout ce qui est dû aux assurés.

Il convient également de rappeler que bien des Caisses maladie ne se préoccupaient pas de provoquer en temps utile les demandes de pension, que le contrôle des soins n'était effectué que de façon superficielle et que l'étendue de la circonscription de la plupart des Caisses invalidité ne permettait pas à ces dernières d'exercer une surveillance suffisante sur leurs pensionnés.

Soucieux d'améliorer le régime en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1933, le législateur a institué de nouvelles conditions de fonctionnement pour le service des prestations de l'assurance invalidité et il a confié à trois catégories d'organismes la gestion de ce risque :

— Caisse maladie pour recevoir la demande et payer les soins aux invalides pour le compte de l'Union régionale ;

— Caisse invalidité pour prendre les décisions et assurer le service des pensions après cinq années de jouissance ;

— Union régionale pour assurer pendant les cinq premières années la charge financière de toute pension et, à l'expiration de ce délai, participer à la constitution du capital de couverture des pensions transférées.

Les principales modifications apportées par le décret-loi consistent donc dans la suppression des fonctions confiées, du reste à titre provisoire, à la Caisse générale de garantie et dans la création des Unions régionales des Caisses maladie-maternité. Les Unions ont leur siège dans la même ville que les services régionaux et la même circonscription que ceux-ci.

CHAPITRE II

Prévention de l'invalidité. Soins spéciaux

La prévention de l'invalidité n'est pas un problème nouveau. Sous l'empire de la loi de 1930, l'article 37 du Règlement d'Administration publique avait prévu que la Caisse maladie devait signaler l'invalidité probable aux organismes à qui incombait la charge de ce risque.

La Caisse générale de garantie, elle-même, ne s'était pas désintéressée de la question et des circulaires émanant d'elle montrent assez l'intérêt qu'elle lui portait.

Par le but même qui leur était proposé : rendre à la vie sociale un individu apte au travail, les Caisses invalidité pouvaient jouer un rôle humanitaire important tout en limitant leur intervention aux soins susceptibles de prévenir l'invalidité.

Il est incontestable que la prévention rationnellement organisée, tout en accroissant le capital santé des assurés, doit permettre aux Caisses de faire des économies de prestations.

L'adage « Prévenir c'est guérir » s'applique d'autant plus en matière d'assurances sociales que les statistiques sur les causes d'invalidité font ressortir un pourcentage élevé de tuberculeux (1).

(1) Statistique sur les causes d'invalidité :

Cancer	3	%
Syphilis	1,5	%
Affections de l'appareil respiratoire non tuberculeuses..	3,1	%
Affections de l'appareil digestif	3,2	%

Il n'est pas douteux, en effet, qu'un dépistage précoce de ce mal permet souvent d'en enrayer la première poussée évolutive par un traitement approprié et notamment par un placement judicieux dans un établissement de cure.

Or, malgré l'importance du problème, la prévention était restée sur un plan purement théorique.

Aussi, l'intérêt de la question est-il souligné par le décret-loi du 28 octobre 1935 dont l'article 10, § 11, est ainsi conçu :

« Des ententes peuvent intervenir entre l'Union régionale et les caisses maladie adhérentes et les caisses invalidité en vue de la prévention de l'invalidité et du partage entre elles des dépenses en résultant. »

Mais il convient de préciser que l'insuffisance des ressources dont bénéficient les Caisses d'assurance invalidité ne permet pas d'envisager actuellement l'intervention de ces organismes.

En application de l'article 28, § 2, du décret du 19 mars 1936, la Caisse maladie doit signaler à l'Union régionale les assurés dont l'affection déclarée depuis deux mois laisse présager une invalidité future. Il est donc nécessaire de réaliser une parfaite liaison d'action entre les Caisses maladie et les Unions régionales dont les intérêts apparaissent pourtant en contradiction.

Affections de l'appareil circulatoire	6,8 %
Affections de l'appareil urinaire	1,2 %
Affections de l'appareil génital	1,4 %
Maladies mentales	2,4 %
Maladies du système nerveux	6,2 %
Maladies des yeux	1,2 %
Affections intéressant l'oreille	0,7 %
Traumatismes	1,2 %
Rhumatismes	2,5 %
Diabète	0,5 %
Affections osseuses	1,2 %
Tuberculose osseuse ou pour les différentes formes de tuberculose	4,8 %
Tuberculose pulmonaire	57,9 %

En effet, l'intérêt de la Caisse d'assurance maladie est que l'assuré soit guéri le plus vite possible, qu'il puisse reprendre son travail et que soit réduite au minimum la période pendant laquelle sont dues les prestations, même si la méthode de cure doit avoir pour l'intéressé des conséquences lointaines, même si on le laisse sous la menace d'une rechute ou d'une infirmité définitive.

Cette préoccupation d'ordre financier doit laisser place à un sentiment plus large et plus élevé qui vise à donner à l'assurance sociale un caractère plus préventif que curatif pour la coordination des organismes entre eux.

Aussi la Caisse maladie doit-elle aviser l'Union régionale sans attendre l'expiration du délai prévu à l'article 28 si, dès les premières feuilles de maladie, elle estime que l'assuré est atteint d'une affection susceptible de réduire des deux tiers sa capacité de travail.

Elle fera parvenir au service médical de l'Union une note de son médecin-contrôleur indiquant la nature et l'origine de la maladie, son évolution probable et la durée du traitement en cours. Cet avis comportera en outre, s'il y a lieu, une proposition concrète de prévention.

S'il s'agit d'une intervention chirurgicale, il y aura lieu d'y joindre le devis de la dépense à engager ; en cas d'hospitalisation, il conviendra de signaler l'établissement de cure envisagé.

En tout état de cause, la Caisse devra communiquer à l'Union des dossiers suffisamment complets pour lui permettre d'émettre un avis motivé et de prendre toutes dispositions utiles.

A ces renseignements médicaux la Caisse maladie joindra des indications précises sur les cotisations figurant au

compte de l'intéressé de façon à ne laisser subsister aucun doute sur le droit éventuel à pension.

L'Union régionale procède sans délai à l'examen des avis de prévention qui lui sont soumis, elle fixe, s'il y a lieu, le montant de sa participation et prend, éventuellement, toutes dispositions utiles pour assurer l'exécution immédiate de la mesure proposée.

Dans la plupart des cas, celle-ci consiste en un placement sanatorial pour lequel la Caisse demande à l'Union de combler la différence qui existe entre son tarif de responsabilité et le prix de journée exigé de l'assuré par l'établissement de cure.

Si l'on songe à l'insuffisance du tarif de responsabilité des Caisses maladie pour indemniser les assurés de leurs dépenses en cas d'hospitalisation, on saisit l'importance de l'intervention des Unions régionales.

Aussi, comme les ressources de ces organismes sont limitées, la recherche de solutions à la fois économiques et rationnelles s'est-elle imposée.

D'une part, le médecin-contrôleur devra faire une discrimination entre les malades récupérables et ceux pour lesquels l'invalidité ne peut être évitée ; d'autre part, l'Union fera procéder à une enquête sociale dans le but de connaître les ressources dont jouit l'intéressé. S'il ne dispose pas de moyens suffisants pour se soigner, elle provoquera son inscription à un Office d'hygiène sociale ou le fera prendre en charge par l'Assistance médicale gratuite, limitant ainsi dans la mesure du possible la durée de son intervention aux délais nécessaires pour la prise en charge par une collectivité.

Mais, dans la réalité, la prévention de l'invalidité demeure encore théorique en raison du peu d'importance

donné par les Caisses maladie à l'application de l'article 28, § 2.

Les malades dont l'état laisse présager une invalidité future ne sont signalés qu'à titre exceptionnel aux Unions régionales dont la participation n'est, par ailleurs, sollicitée que tardivement ou à mauvais escient.

Il convient, en effet, de rappeler une fois de plus qu'en raison de la limitation de leurs ressources, les Unions n'ont pas à intervenir pour prolonger l'existence de malades irrémédiablement condamnés, mais bien au contraire pour rendre une capacité de travail normale à des assurés récupérables.

Enfin, il y a lieu de noter que les intéressés n'ont aucun droit aux soins préventifs dont la délivrance est facultative.

Inversement, les organismes d'assurances sociales ne peuvent imposer aux assurés de suivre les prescriptions de leurs médecins-contrôleurs.

CHAPITRE II

**Instruction de la demande de pension
Liquidation de la pension**

La Caisse maladie doit inviter l'assuré à formuler sa demande avant l'expiration du délai de six mois, afin de réduire au minimum le laps de temps qui s'écoule entre la fin de la prise en charge au titre « maladie » et l'attribution de la pension d'invalidité.

On sait que l'entrée en jouissance de cette dernière a été fixée par le décret-loi du 14 juin 1938 au premier jour qui suit l'expiration du délai susvisé, lorsque la demande a été présentée dans les trois mois.

Une provocation faite en temps utile permettra donc de limiter une interruption de prestations particulièrement préjudiciable à l'état du malade.

Dès qu'elle a reçu la demande dûment datée et signée, la Caisse maladie doit adresser à l'assuré un accusé de réception précisant notamment la date du dépôt, puis elle avise le Service régional en sollicitant de cet organisme un relevé complet de la fiche comptable de l'intéressé mentionnant non seulement les cotisations normales de répartition et de capitalisation, mais également les demi-cotisations vieillesse et les cotisations forfaitaires diverses.

Dès réception de cette pièce, la Caisse procède à la constitution du dossier en joignant à la demande de l'assuré :

— Un rapport de son médecin-contrôleur indiquant la nature de l'affection et l'évolution probable du pourcentage d'invalidité ;

— Un rapport et avis mentionnant les dates du dépôt de la demande, de la première constatation médicale et de l'expiration de la prise en charge au titre « maladie », ainsi que les résultats des enquêtes sociales effectuées, notamment en ce qui concerne la situation de famille, le salaire antérieur et la résidence de l'assuré.

L'article 30 du décret du 19 mars 1936 prévoit que la Caisse maladie doit transmettre la demande dans un délai d'un mois à compter de sa réception à la Caisse invalidité à laquelle est affilié l'assuré et qu'elle doit notifier cette transmission à l'Union régionale intéressée.

Certaines caisses respectant à la lettre les dispositions de cet article se bornent à notifier à l'Union régionale la date de transmission du dossier en ne lui apportant aucun des renseignements indispensables à l'accomplissement de sa tâche.

Il semble pourtant que l'Union ait qualité pour prendre connaissance des pièces comptables de dossiers susceptibles d'entraîner l'octroi de prestations dont elles auront la charge pendant les cinq premières années; d'autre part, l'article 35 stipule formellement que les Unions ont le droit de contester les décisions prises par les Caisses invalidité ; or, elles ne pourront le faire judicieusement que si elles ont été saisies des dossiers qui pourraient faire l'objet de ces contestations. Les Caisses maladie doivent donc les aviser dans des conditions telles que leur jugement soit pleinement éclairé.

A cet effet, deux méthodes sont en usage : ou la Caisse maladie envoie directement le dossier à la Caisse invalidité et adresse à l'Union régionale une copie des principaux documents transmis, ou elle fait parvenir le dossier complet à l'Union qui, après avoir pris copie de la fiche

médicale et extrait les renseignements d'ordre administratif, le fait suivre à la Caisse invalidité.

La plupart des Caisses maladie, désireuses d'éviter un travail de copie, ont adopté la deuxième solution ; elles transmettent le dossier à l'Union, soit en communication, soit à charge pour elle de le faire parvenir à l'organisme intéressé.

Cette méthode est d'autant plus rationnelle que le siège des Caisses invalidité est souvent très éloigné de la résidence des assurés. Aussi l'intervention de l'Union pour la régularisation des dossiers évite-t-elle des échanges de correspondance et des retards. De plus, elle favorise une liaison plus complète avec le Service régional pour le redressement des comptes erronés. Elle permet, en outre, de procéder rapidement à des examens complémentaires ou spéciaux lorsque le rapport du médecin de la Caisse maladie ne donne pas les éléments suffisants pour statuer sur pièces. Enfin, l'instruction rapide du dossier par l'Union permet d'éviter à l'assuré une interruption dans le service des prestations en nature.

Aussitôt saisie du dossier, l'Union procède à l'examen de la demande et signale éventuellement à la Caisse invalidité les objections ou observations qu'elle croit devoir présenter sur les conclusions de la Caisse maladie, afin d'éviter, dans la mesure du possible, les contestations devant les juridictions compétentes.

Si l'Union reconnaît le droit à pension, elle envoie immédiatement à la Caisse maladie son accord pour la continuation des soins pendant la période d'instruction de la demande.

Certaines Unions ont d'ailleurs donné des accords de principe pour que les prestations en nature soient servies

sans interruption aux assurés susceptibles de bénéficier de l'assurance invalidité; cette solution n'est pas sans danger pour les Caisses maladie qui ne sont pas toujours à même de vérifier les droits à pension et qui, en cas de rejet de la demande, conservent la charge des dépenses qu'elles ont pu engager.

Quel que soit le processus suivi par la demande, celle-ci doit parvenir dans le délai d'un mois à compter de sa réception à la Caisse maladie, à la Caisse invalidité à qui en incombe l'instruction.

Cette instruction ne présente généralement que peu de difficultés administratives. Si la transmission a été effectuée directement par la Caisse maladie, le dossier comporte l'avis du Conseil d'administration de cet organisme, et, en tout état de cause, un rapide examen du relevé de fiche comptable et de la carte d'immatriculation permet de vérifier les droits du postulant.

Si le dossier a été préalablement soumis à l'Union régionale, celle-ci a déjà procédé à une étude approfondie de la demande, et l'avis qu'elle émet est tout à fait qualifié.

Il en est de même au point de vue médical, le médecin contrôleur de la Caisse invalidité se bornant généralement à adopter le point de vue de ses confrères.

Toutefois, en cas d'insuffisance de renseignements, ce praticien a la faculté de procéder personnellement à un examen supplémentaire.

Plus délicate s'avère parfois la liquidation de la pension lorsque le compte de l'assuré présente des interruptions de versements contestées par l'intéressé.

Les périodes litigieuses remontent généralement à plusieurs années à une époque où les employeurs, les assu-

rés... et même les Services départementaux égaraient fréquemment les cartes annuelles en leur possession.

Une enquête auprès du Service régional s'impose alors ; mais quels qu'en soient les résultats, le délai d'un mois accordé à la Caisse invalidité par l'art. 32, § 1^{er}, du décret du 19 mars 1936 pour prendre une décision, ne peut être respecté.

Dans le cas où la Caisse invalidité estime utile de surseoir dans les conditions prévues par l'article 33 du décret susvisé, elle ne peut notifier cette décision qu'après avoir obtenu l'accord de l'Union régionale.

A cet effet, elle communique le dossier à cette dernière après l'avoir complété par un rapport de son médecin-conseil.

Le délai imparti à l'Union pour émettre un avis est fixé à quinze jours.

La décision qui intervient en définitive est portée à la connaissance de l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

L'Union régionale est également saisie d'une notification et peut contester la décision intervenue en suivant une procédure identique à celle qui est imposée aux assurés sociaux.

A ce propos, il convient de rappeler que les Unions régionales n'ont pas toujours la possibilité de vérifier les calculs sur la quotité des pensions, et bien que la liquidation soit l'attribution normale des Caisses invalidité, on est en droit de penser qu'il serait heureux que les Unions fussent toujours en mesure de procéder à un contrôle.

Si l'ensemble de ces opérations pose peu de problèmes lorsque l'assuré n'a jamais changé d'organismes d'affi-

liation, il n'en est pas toujours de même dans le cas contraire.

L'article 114, § 4, du décret du 19 mars 1936 édicte la règle suivante :

« Lorsque l'assuré est susceptible d'avoir ou d'ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, et que les conditions légales d'immatriculation et de versement ne sont pas remplies par lui au regard de la caisse à laquelle il appartient, les prestations sont servies par cette Caisse pour le compte de celle à laquelle il était affilié en dernier lieu, quelle que soit la durée de cette affiliation. »

La rédaction de cet article a fait couler beaucoup d'encre en matière d'invalidité.

En effet, certains soutenaient que la charge d'un assuré ne justifiant que de dix-huit mois d'affiliation à une Caisse de capitalisation pouvait néanmoins incomber à cette dernière (ou à une Union substituée) si l'intéressé justifiait vis-à-vis d'elle de plus de 60 francs de versements au cours de chacune des deux années antérieures au début de l'affection.

Cette thèse était inspirée de tous les récents jugements rendus en matière d'assurance maladie.

Mais d'autres objectaient que la jurisprudence concernant un risque de répartition ne permettait pas d'étayer une argumentation relative à un risque de capitalisation.

Une note publiée le 14 septembre 1938 par l'Administration générale a fait connaître sur ce point l'opinion des services compétents du ministère :

« Si l'on suppose remplie la condition d'immatriculation exigée pour un risque déterminé, l'organisme responsable des prestations est celui vis-à-vis duquel l'assuré justifie d'une durée d'affiliation au moins égale à la durée de l'immatriculation exigée.

« En conséquence, vous voudrez bien considérer qu'aucune condition d'immatriculation n'est exigée en ce qui concerne les assurances maladie et maternité, à l'exclusion des risques invalidité et décès. »

Une autre difficulté réside dans le fait que c'est parfois la dernière Caisse d'affiliation qui doit servir les prestations pour le compte de la précédente.

Certes, le législateur était imprégné de louables intentions lorsqu'il a rédigé ce texte, et il songeait sans doute à la satisfaction qu'éprouverait l'assuré de n'être plus en rapport avec son ancienne Caisse d'affiliation.

Mais, en matière d'assurance invalidité, ces scrupules apparaissent superflus.

Bien au contraire, ils sont une source de complications administratives pour les Unions et Caisses de capitalisation intéressées.

Si l'on prend l'exemple le plus typique, celui de l'Union régionale de Paris, on voit que les bénéficiaires de l'article 114 auprès de cet organisme sont fréquemment des assurés qui, depuis leur maladie, sont retournés dans leur famille au pays natal.

Aussi l'Union de Paris est-elle souvent obligée de servir à un assuré résidant dans l'Hérault ou le Puy-de-Dôme, une pension dont les arrérages lui seront remboursés par l'Union de Montpellier ou de Clermont-Ferrand.

Devant cet état de choses, les organismes intéressés tendent de plus en plus à réaliser des accords ayant pour but d'examiner chaque cas en particulier et d'ignorer, s'il y a lieu, les dispositions légales.

Il est d'ailleurs vraisemblable qu'ils tracent ainsi, une fois de plus, le travail du législateur de demain.

Mais ne serait-il pas plus logique d'édicter simplement la règle suivante :

« Quelles que soient les conditions d'immatriculation et de versements, la pension d'invalidité incombe à l'Union régionale dont dépend la Caisse maladie ayant eu la charge effective de l'assuré au cours des six premiers mois ».

CHAPITRE IV

Service des arrérages. Service des soins

Pendant les cinq premières années, l'Union régionale tient un registre des pensions dont le paiement lui incombe.

Elle en paye les arrérages sur quittances préparées et à terme échu, les 1^{er} mars, 1^{er} juin, 1^{er} septembre et 1^{er} décembre de chaque année.

Toutes les Unions n'ont pas adopté des modalités identiques en ce qui concerne le paiement des arrérages. Si la plupart en assurent directement le service, certaines ont confié cette tâche aux Caisses d'assurance maladie dont les sections locales leur permettent une plus grande décentralisation.

Cette conception est inspirée par le souci d'éviter aux assurés d'avoir à s'adresser à plusieurs organismes pour le règlement de leurs prestations.

Toutefois, cette solution n'a pas d'influence sur la situation de nombreux assurés qui, traités en établissements hospitaliers ou en cure libre hors la région, continuent de subir la charge des retenues postales opérées sur le montant des mandats qui leur sont adressés.

Aussi faut-il souhaiter que l'arrêté prévu par l'article 26, § 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 étende rapidement aux envois de cet ordre le bénéfice de la franchise postale.

Cette mesure aurait pour effet d'éviter des frais aux assurés tout en décongestionnant aux périodes d'échéance les guichets des organismes payeurs.

Le service des soins aux invalides étant assuré par les Caisses maladie, les Unions régionales se sont préoccupées de rembourser le plus rapidement possible les soins dispensés pour leur compte.

A cet effet, elles invitent les Caisses primaires à leur adresser au cours du premier mois de chaque trimestre un état des dépenses engagées au cours des trois mois précédents.

Il convient de préciser que les Caisses doivent joindre à leur envoi les justificatifs des remboursements effectués, afin de permettre aux Unions de se conformer aux prescriptions réglementaires concernant la comptabilité (article 27 de l'arrêté du 25 février 1938).

L'article 27 susvisé prévoit également le remboursement des frais de gestion imposés aux Caisses maladie.

Le montant en est fixé par le Conseil d'administration de l'Union, mais il ne peut être inférieur à 3,5 %, ni supérieur à 5 % du total des prestations dispensées.

CHAPITRE V

Contrôles*Contrôle médical*

L'organisation d'un contrôle médical complet grève lourdement le budget d'un organisme ; mais l'expérience a prouvé que les dépenses de cet ordre sont largement compensées par les économies de prestations qui en résultent.

Aussi, en raison de l'importance des sommes en jeu, les Unions ont-elles témoigné à la question un intérêt particulier.

Elles n'ont d'ailleurs pas limité le rôle de leur service médical au dépistage des fraudes, mais lui ont assigné d'autres objectifs, notamment en ce qui concerne les prises en charge par les collectivités et le contrôle de l'équipement sanitaire des établissements hospitaliers.

Les Caisses invalidité ont également un contrôle médical dont le rôle réside essentiellement dans l'instruction des demandes de pension et dans l'étude des propositions de suspension, de rétablissement et de suppression.

En effet, la surveillance des pensionnés au cours des cinq premières années de l'invalidité ne présente pour ces organismes qu'un intérêt lointain.

Aussi laissent-ils aux Unions le soin de procéder aux contrôles qu'elles jugent nécessaires et de leur faire toutes propositions utiles.

Le contrôle périodique des invalides comporte, grâce à la création de fichiers d'échéances et de fichiers médicaux, des séries de convocations entre les échéances des pensions; il comporte également des examens au domicile des malades considérés comme incapables de se déplacer; il comporte enfin des visites organisées rationnellement et qui permettent de rassembler les invalides dans des centres voisins de leur domicile en utilisant à cet effet, soit le siège social des Caisses, soit les locaux des dispensaires d'hygiène sociale.

Par ailleurs, il faut noter que si les frais d'établissement des rapports de surveillance sont à la charge de l'organisme qui a pris l'initiative du contrôle, l'Union régionale supporte tous ceux relatifs à la liquidation de la pension depuis l'avis de prévention jusqu'au rapport du médecin de la Caisse invalidité.

A ce propos, il convient de signaler que les Unions régionales ont institué une prime en faveur des Caisses maladie qui respectent les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 25 février 1938 en établissant des rapports de prévention.

Elles espèrent ainsi obtenir une collaboration qui leur a jusqu'alors fait défaut.

Contrôle administratif

L'article 43 du décret du 19 juin 1936 prévoit que la Caisse invalidité et l'Union peuvent procéder à une enquête sur les ressources dont jouit le pensionné sous forme de pension et de gains cumulés.

Dans les Unions ayant organisé le paiement direct à

leurs guichets, le contact périodique des assurés et des employés rend le contrôle commode, rapide et efficace ; il porte notamment sur les reprises de travail et permet de recueillir sur les hospitalisations tous renseignements utiles.

Ce contrôle administratif ne saurait cependant être limité au contact volontaire provoqué en quelque sorte par le pensionné lui-même, et les Unions ont le souci d'effectuer des enquêtes à domicile infiniment plus faciles à réaliser dans le cadre régional que dans le cadre national. Ce contrôle s'effectue sur place, soit chez l'employeur, soit au domicile de l'assuré, soit enfin dans les établissements hospitaliers de la région. Il est d'ailleurs complété par le contrôle des soins aux invalides qui permet la vérification des dates d'hospitalisation. On peut ainsi établir un rapprochement entre les renseignements dont dispose le service des pensions et ceux reçus par l'employé chargé du contrôle des soins aux invalides. Ces recoupements ont une importance capitale pour la bonne gestion du risque invalidité.

Le contrôle administratif prend pour base le questionnaire trimestriel adressé aux assurés à la veille de l'échéance. Grâce à lui il est permis de connaître, en comptant sur la bonne volonté des pensionnés, les changements d'adresse, les modifications de situation de famille, les reprises du travail, le nom de l'employeur, les modifications de salaire, les hospitalisations, éventuellement même le nom du médecin traitant.

CHAPITRE VI

Transfert des pensions

Les Unions doivent transférer leurs invalides, soit aux Caisses invalidité après cinq années de jouissance de la pension, soit aux Caisses vieillesse à l'âge de 60 ans.

Elles doivent au préalable verser des cotisations forfaitaires qui grèvent lourdement et parfois inutilement le budget des prestations de l'assurance invalidité.

Il convient, en effet, de rappeler que la cotisation forfaitaire présente l'inconvénient d'être indivisible.

En raison du nombre des suspensions pour reprise de travail, les Unions supportent une très lourde charge pour des assurés dont le compte vieillesse est alimenté à deux reprises au cours d'une même année : une fois du fait de l'Union régionale et une fois du fait des cotisations ouvrières et patronales pour des périodes qui peuvent comprendre la quasi totalité de l'année.

Il y a lieu également de condamner le versement de la cotisation forfaitaire lorsqu'il est effectué en faveur d'un assuré décédé, la Caisse de capitalisation étant la seule bénéficiaire en l'occurrence, puisque l'article 39 du décret du 19 mars 1936 prévoit que la fraction à porter au compte individuel doit être inscrite à capital aliéné.

Le transfert des pensions d'invalidité après cinq ans de jouissance de la pension a débuté en janvier 1938 par la transmission de quelques rares dossiers. En effet, les liquidations opérées en 1933 furent peu nombreuses et une

importante mortalité a considérablement réduit le nombre des premiers invalides.

Mais il est bien évident que l'importance des opérations de transfert ira croissante et il y a lieu de craindre l'apparition de certaines difficultés en raison des motifs exposés ci-dessous.

L'article 30, § 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoyait qu'à l'expiration du délai de cinq ans, les Unions pourraient contribuer à la constitution des capitaux de couverture des pensions transférées.

Cette éventualité est devenue une certitude lors de la parution de l'arrêté du 22 septembre 1938 qui fixe la participation des Unions régionales ou nationales à cinq fois le montant annuel des rentes d'invalidité augmenté des cotisations annuelles vieillesse et éventuellement majoré de 2,5 % pour charges de famille (1).

Or, si l'on oblige les Unions à effectuer dès l'expiration des cinq années les versements relatifs aux pensions suspendues, elles auront une tendance particulière à en proposer la suppression.

Au contraire, les Caisses invalidité manifesteront une grande sympathie pour le maintien des suspensions, quitte à les transformer en suppression dès réception des fonds.

Il apparaît donc que la formule qui sauvegarderait les légitimes intérêts des Unions, consisterait à stipuler que lors du transfert d'une pension suspendue, le versement des capitaux constitutifs est réservé et n'est effectué qu'en cas de rétablissement ultérieur de la pension.

Si ce point de vue était adopté, il conviendrait d'en augmenter la portée en réservant aux Unions la possibilité de contester en Commission régionale tout rétablissement

(1) Une circulaire ministérielle (n° 71/1938) a supprimé la majoration de 2,5 %.

ayant pour conséquence le versement des capitaux de couverture.

Les problèmes posés par le transfert des assurés âgés de 60 ans sont beaucoup moins importants quoique plus nombreux.

La circulaire n° 29 du 28 mai 1936 prévoyait que lors de la substitution des pensions de vieillesse aux pensions d'invalidité, les prorata d'arrérages feraient l'objet de paiements distincts par chacun des organismes débiteurs.

Il apparaît que le maintien de ces dispositions eût évité aux Unions les difficultés qu'a fait surgir la circulaire n° 86 du 13 novembre 1936 précisant que l'organisme ayant la charge de la pension d'invalidité doit régler aux intéressés :

1° Pour son compte : le prorata d'arrérages courus de la pension d'invalidité ;

2° Pour le compte de la Caisse d'assurance-vieillesse : un acompte sur les arrérages courus de la pension de vieillesse.

En apportant cette modification, le ministre a voulu pallier à une intervention éventuelle des versements.

Mais ce louable souci semble superflu si l'on considère les possibilités de perception d'acomptes offertes à tout assuré en instance d'attribution de pension de vieillesse.

En tout état de cause, la circulaire n° 86 fixant la législation en vigueur, il convient d'en examiner les modalités d'application.

Théoriquement, la provocation de la demande de liquidation de pension de vieillesse incombe à l'organisme ayant la charge de la pension d'invalidité.

A cet effet, les formules habituellement délivrées par les Services régionaux sont adressées à l'assuré. Par ailleurs,

la Caisse d'assurance vieillesse est saisie d'une demande l'invitant à notifier à l'organisme intéressé le montant des rentes produites par tous les versements crédités au compte individuel de l'invalidé, y compris les diverses cotisations forfaitaires de garantie et les versements effectués antérieurement à d'autres Caisses d'affiliation pour les risques de capitalisation.

Dès réception de tous les éléments constitutifs du dossier de vieillesse, celui-ci est complété par une feuille de renseignements mentionnant notamment le montant de la pension d'invalidité et le numéro du bon d'acompte dont le règlement est prévu.

Le dossier est ensuite dirigé vers le Service régional dans la circonscription duquel se trouve le dernier lieu de travail de l'intéressé.

Or, l'application de dispositions qui peuvent apparaître fort simples soulève pratiquement de nombreuses difficultés.

La première réside dans le fait que la plupart des Services régionaux provoquant la demande de pension de vieillesse des invalides et certaines Caisses de capitalisation faisant de même, les assurés reçoivent parfois de trois organismes différents un jeu de formules identiques.

Les scrupules manifestés par certains assurés leur imposent l'accomplissement à trois reprises de formalités souvent fastidieuses qui n'ont pour résultat qu'une multiplicité de dossiers souvent préjudiciable à leurs intérêts.

Si, au contraire, l'assuré ne formule qu'une seule demande, il l'adresse généralement au Service régional suivant en cela les conseils de quelque bureau de mairie ou section locale de Caisse maladie.

Or, le bon sur pension ne peut être établi par l'Union ou

la Caisse invalidité qu'après confirmation du dépôt de la demande et compte tenu de divers éléments contenus dans le dossier et susceptibles de modifier son montant.

En adressant directement sa demande au Service régional, l'assuré risque donc de subir sous forme d'interruption de prestations une pénalité imméritée.

En ce qui concerne la notification par la Caisse d'assurance-vieillesse du montant des rentes produites par les versements figurant au compte de l'assuré, on se heurte à des difficultés quasi insurmontables.

La majorité des demandes de cet ordre n'est l'objet d'aucune réponse de la part des Caisses sollicitées, soit mauvaise volonté de la part de certaines, soit difficultés éprouvées par d'autres auprès des Services régionaux pour l'obtention d'un relevé complet de la fiche comptable, surtout lorsqu'il y a pluralité d'organismes d'affiliation.

La responsabilité de cet état de choses ne doit d'ailleurs pas être attribuée aux Services régionaux, mais bien à des dispositions légales pratiquement inapplicables.

A la première échéance postérieure à la substitution, l'organisme d'invalidité règle le mois d'arrérages courus à ce titre et un acompte sur la pension de vieillesse.

Sauf pour les assurés étrangers ne bénéficiant pas de conventions diplomatiques, le montant de cet acompte est égal à celui des arrérages de la pension d'invalidité auquel l'assuré aurait pu prétendre pour la période correspondante, sans tenir compte des majorations pour charges de famille et des réductions pour hospitalisation.

Il est susceptible d'être réduit, dans des conditions qui ont été étudiées au cours du chapitre correspondant de la première partie, s'il y a demande de réversibilité en

faveur du conjoint survivant ou si la pension de vieillesse a été constituée à capital réservé.

Enfin, le bon sur pension dont il fait l'objet doit être établi conformément aux dispositions de la circulaire n° 20 du 11 septembre 1935, c'est-à-dire qu'en dehors du libellé imposé il doit être détaché d'un carnet à souche.

CHAPITRE VII

Recours contre les tiers responsables

Les règles applicables aux assurés sociaux victimes d'un accident de droit commun sont fixées par l'article 25 des décrets-lois des 28 octobre 1935 et 14 juin 1938.

Le 1^{er} alinéa du paragraphe 3 et le § 4 reproduisent exactement les dispositions de l'article 61 de la loi du 30 avril 1930.

Le paragraphe 5 est une innovation du décret-loi du 28 octobre 1935 et le 2^e alinéa du paragraphe 3 est une des modifications apportées par le décret-loi du 14 juin 1938.

§ 3. — « Lorsque, sans rentrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, les Caisses d'assurances sociales sont subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants-droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure.

« L'intéressé ou ses ayants-droit doivent indiquer en tout état de la procédure la qualité d'assuré social de la victime de l'accident, ainsi que les Caisses d'assurances sociales auxquelles celle-ci était affiliée pour les divers risques. A défaut de cette indication la nullité du jugement sur le fonds pourra être demandée pendant deux ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la demande du ministère public, soit à la demande des caisses d'assurances sociales intéressées ou du tiers responsable lorsque ces derniers y auront intérêt. »

§ 4. — « Dans le cas visé au paragraphe précédent, l'assuré ou ses ayants-droit conservent contre le tiers responsable tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de la Caisse d'assurances sociales. »

§ 5. — « Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à la Caisse d'assurances qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre. »

On sait que le premier décret prévoyait la nullité du jugement intervenu lorsque l'intéressé ou ses ayants-droit n'avaient pas indiqué la qualité d'assuré social de la victime de l'accident.

Mais les termes trop formels de l'article 25, § 3, 2° alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935 avaient donné lieu à des interprétations qui dépassaient la portée de la mesure que les rédacteurs avaient entendu prendre.

En effet, la Cour d'appel de Grenoble, en son arrêt du 24 décembre 1936 et la Cour d'appel de Paris, en son arrêt du 9 février 1937, avaient considéré que la nullité prévue à l'article 25 était une nullité d'ordre public et pouvait, en conséquence, être prononcée en tout état de cause et même sans qu'il y ait lieu d'examiner si la nullité de l'instance servait ou non la cause d'un des intéressés.

En permettant à l'assuré de déclarer valablement sa qualité en tout état de la procédure et en mettant comme condition à l'application de la nullité que la Caisse ou le tiers responsable y ait intérêt, le décret-loi du 14 juin 1938 a fort heureusement modifié la législation en vigueur.

En matière d'assurance maladie, l'ensemble de ces dispositions n'entraîne pas de sérieuses difficultés d'application, la Caisse récupérant le montant des dépenses engagées sur l'indemnité due par le tiers responsable.

Si cette indemnité est insuffisante, ce qui est souvent le cas lorsque la responsabilité est partagée, le surplus reste à la charge de la Caisse d'assurances « qui ne peut avoir plus de droits que l'assuré et dont le recours ne saurait s'exercer que dans la mesure où le tiers est déclaré responsable de l'accident » (1).

(1) Réponse ministérielle à question n° 12.339 du 18 mars 1935, posée par M. COINTREAU.

En ce qui concerne l'assurance invalidité, on aborde l'étude d'un des sujets les plus délicats de la législation actuelle.

Il convient tout d'abord de déterminer l'organisme qualifié pour intervenir dans l'instance.

Bien que certains puissent estimer qu'en raison de la charge susceptible de lui incomber par la suite, la Caisse invalidité ait un rôle à jouer en l'occurrence, il semble que la qualité de subrogé revienne de droit à l'Union régionale.

En effet, l'article 30, § 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 précise le rôle de cet organisme en indiquant notamment qu'à l'expiration du délai de cinq ans, il peut contribuer à la constitution par les Caisses d'assurance invalidité des capitaux de couverture des pensions transférées.

Ainsi le rôle financier de l'Union ne se limite pas à une période déterminée et en tout état de cause ses intérêts ont un caractère beaucoup plus immédiat.

S'il est toujours facile à une Caisse d'assurance maladie de réclamer le montant exact des prestations servies à la victime, puisque le délai de six mois est généralement expiré lorsque le jugement intervient, il est par contre impossible à l'Union régionale d'évaluer à l'avance les soins nécessaires au traitement de l'assuré.

Aussi se contente-t-elle généralement de réclamer le capital de couverture de la pension allouée et une provision sur laquelle seront prélevées les sommes correspondant aux frais dont l'intéressé demandera le remboursement.

L'Union n'est d'ailleurs pas toujours suivie sur ce dernier point par le tribunal si l'on se réfère à un jugement rendu le 8 février 1938 par la 17^e Chambre correctionnelle

de la Seine qui, « statuant sur l'intervention de l'Union des Caisses de la Région parisienne, partie civile,

« Condamne lesdits Y et Z solidairement à rembourser à celle-ci la somme de 26.785 fr. 76 représentant le capital de la pension allouée à la dame X et les arrérages échus.

« Réserve à l'Union des Caisses tous ses droits et actions pour le recouvrement ultérieur de toutes les prestations nécessitées par l'accident dont il s'agit et dûment justifiées.

« Et surseoit à statuer sur le surplus de ses demandes comme prématurées. »

Mais c'est le sort qui doit être réservé à la pension d'invalidité lorsque l'organisme d'assurances a obtenu le versement du capital de couverture qui est sans aucun doute la plus grande source de controverses.

En effet, dans l'état actuel des textes, rien ne s'oppose à ce que la pension soit suspendue ou même supprimée dès que la victime a récupéré 50 % de sa capacité de travail. On peut même affirmer que, dans ce cas, les organismes intéressés sont dans l'obligation d'appliquer les dispositions légales.

C'est ainsi que l'assuré qui a subi une retenue importante sur l'indemnité attribuée par le tribunal peut ne bénéficier que pendant quelques semaines de sa pension.

Par ailleurs, si on voulait donner un caractère définitif à la pension d'invalidité allouée à un assuré social victime d'un accident de droit commun, il faudrait en majorer le capital de couverture, car le barème officiel est établi compte tenu des possibilités d'extinction des pensions.

Aussi une réforme s'impose-t-elle, et on ne peut que préconiser l'adoption d'un texte inspiré par la législation sur les accidents du travail, c'est-à-dire supprimant la subrogation dans l'exercice de l'action et la remplaçant par une exonération à due concurrence de l'indemnité allouée.

Dans le cas où l'accident aurait entraîné une incapacité permanente, cette indemnité devrait être attribuée sous forme de rentes servies par la Caisse nationale des retraites.

Enfin, pour épuiser la question, il convient de préciser que lorsque l'assuré n'a pas cru devoir intenter d'action à l'encontre du tiers responsable, l'organisme d'assurance a la faculté de demander à ce dernier réparation du préjudice subi.

Ce droit n'est pas formellement exprimé par les textes fixant la législation en vigueur en matière d'assurances sociales, mais il se dégage des principes consacrés par les articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil.

La caisse qui accorde des prestations justifiées par un accident ou une blessure imputable à un tiers semble donc fondée à en poursuivre le recouvrement dans la limite des dépenses engagées.

Mais, dans bien des cas, elle éprouvera de sérieuses difficultés à obtenir satisfaction, car le fait que l'assuré se soit abstenu de toute action personnelle est particulièrement significatif et témoigne généralement d'un évident souci de mettre à la charge de la Caisse des frais qui incombent normalement à l'auteur de l'accident.

Recours des Caisses contre l'employeur défaillant

Un chapitre de la première partie de cette étude a été consacré à l'examen des possibilités qui s'offrent à l'assuré social exclu du bénéfice de la loi du fait de la carence patronale. Il convient maintenant de voir dans quelle mesure peut s'exercer le recours de la Caisse contrainte en vertu des articles 21 § 5 et 21 § 6 des décrets-lois des 28 octobre

1935 et 14 juin 1938, de servir les prestations garanties par des cotisations versées postérieurement à la survenance du risque.

L'article 21 susvisé a posé trois principes :

1° Le versement des cotisations arriérées, augmentées des intérêts de retard, n'ouvre pas droit aux prestations dues pour des risques dont la réalisation s'est produite antérieurement à ce versement ;

2° Cependant, le salarié a droit aux prestations s'il peut prouver que le précompte a été effectué en temps utile par l'employeur.

3° Dans ce cas, la Caisse contrainte d'accorder les prestations, est fondée à en poursuivre le recouvrement auprès de l'employeur responsable, en exécution des articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil.

Sous l'ancien régime, la question de l'application à l'employeur défaillant des règles habituelles de la responsabilité civile est de celles qui ont été le plus controversées.

Devant le mutisme des textes alors en vigueur, on pouvait, en effet, estimer que la loi ayant prévu des pénalités spéciales contre l'employeur défaillant, il ne pouvait être possible d'admettre le jeu des autres sanctions (1).

Les divergences constatées dans la doctrine devaient se retrouver dans la jurisprudence ; et si la majorité des arrêts rendus par la Cour de Cassation ont été favorables aux organismes d'assurance, il n'en est pas moins vrai que dans bien des cas, la responsabilité de l'employeur défaillant a été dégagée par la juridiction suprême.

L'article 21, § 6, du décret-loi du 28 octobre 1935 avait

(1) BESSON : La responsabilité des employeurs (*Dalloz hebdomadaire*, 16-VII-36),
Semaine juridique, 8 mai et 4 septembre 1932.

mis fin à cet état de choses en reconnaissant aux Caisses le droit de poursuivre le recouvrement des dépenses engagées dans la mesure où les prestations payées dépassaient les cotisations et intérêts acquittés pour l'intéressé.

Le décret-loi du 14 juin 1938 a fort heureusement augmenté la portée de ce texte en limitant aux cotisations et intérêts acquittés pour la période de référence du risque ayant ouvert droit aux prestations, la déduction à opérer sur le montant de la somme réclamée à l'employeur défaillant.

On peut même estimer que, logiquement, cette déduction aurait dû être réduite à la fraction de cotisation ventilée pendant cette période pour la couverture du risque considéré, mais à juste titre semble-t-il, le législateur a craint de compliquer les textes sans grand profit pour les Caisses.

CONCLUSION

Au cours de la présente étude, on a pu constater l'amélioration progressive des textes légaux applicables à l'assurance-invalidité.

Si satisfaisantes soient-elles, les retouches apportées apparaissent bien minimes à côté des réformes essentielles qui devraient être envisagées : celle du relèvement des pensions d'invalidité et celle de l'instauration d'un système de liquidation plus équitable.

En effet, bien des invalides comprennent mal pourquoi, à égalité de temps passé dans l'assurance et à égalité de versements, correspondent des pensions qui peuvent être l'une quatre fois plus faible que l'autre, en raison de l'âge à l'immatriculation ; et l'application d'un système qui conduit à n'accorder qu'une pension dérisoire à certains assurés dont l'invalidité n'est, au fond, qu'une vieillesse prématurée, apparaît d'autant plus critiquable que l'heure est proche où les vieux travailleurs imprévoyants ou exclus des assurances sociales bénéficieront d'allocations très supérieures aux minima prévus en faveur des pensionnés d'invalidité.

Certes, on opposera à ce problème des objections tirées de considérations financières ; on sait, cependant, que les prévisions actuarielles ont été nettement démenties par la réalité et que les sommes dont disposent les Unions Régionales, compte tenu des recettes prévisibles, apparais-

sent suffisantes pour couvrir pendant dix ans les dépenses de l'assurance-invalidité.

Dans ces conditions, on a le droit de dire qu'une révision du montant des pensions est actuellement réalisable et qu'elle doit être réalisée.

On réduirait ainsi le nombre des reprises de travail prématurées imposées aux assurés sociaux, au détriment de leur santé, par la médiocrité d'une pension n'ayant aucun rapport avec leurs besoins vitaux, ni avec le coût ascensionnel de la vie.

Cependant, si l'on ne veut pas entrer immédiatement dans la voie d'une révision doctrinale, on pourrait d'ores et déjà envisager un relèvement considérable du misérable secours que constitue pour l'invalidé la majoration annuelle de cent francs par enfant.

Ainsi, les prestations de l'assurance-invalidité seraient mieux adaptées aux charges réelles qui pèsent sur les individus.

Ce problème est du reste étroitement lié à celui de la gestion du risque invalidité, et la réduction, par un contrôle médical et administratif rationnel, du nombre des pensionnés et de la durée de jouissance des pensions, est le meilleur service qu'on puisse rendre à la cause des invalides.

Les modifications apportées à l'ancienne législation par les récents décrets-lois ont malheureusement laissé subsister bien des sources de difficultés et notamment la multiplicité des organismes et l'absence de responsabilité financière des Caisses d'assurance-maladie.

La plus regrettable conséquence de cet état de choses réside dans le retard apporté aux liquidations de pensions.

Si l'on en recherche les causes, on est amené à constater

que les difficultés présentes sont imputables, d'une part, à la négligence de nombreuses Caisses d'assurance-maladie qui attendent l'expiration du délai de six mois pour provoquer le dépôt de la demande de pension, et, d'autre part, à l'impossibilité dans laquelle se trouvent les Services régionaux de délivrer rapidement certains relevés de fiche comptable concernant des assurés dont le compte doit faire l'objet d'une régularisation.

Et l'on est ainsi tout naturellement orienté vers une conception nouvelle de l'organisation de la gestion du risque invalidité :

— Sous peine de sanctions financières à déterminer par le ministère du Travail, la Caisse d'assurance-maladie signale obligatoirement à l'Union tout assuré dont l'état laisse présager une invalidité future.

— L'Union se met immédiatement en rapport avec le Service régional, afin qu'il soit procédé, s'il y a lieu, au redressement du compte de l'intéressé avant l'expiration du délai de six mois.

— La Caisse d'assurance-maladie provoque le dépôt de la demande de pension au plus tard un mois avant l'expiration du délai susvisé.

Dès que le dossier est constitué, elle adresse celui-ci à l'Union.

— L'Union procède à l'instruction de la demande, liquide, s'il y a lieu, la pension, et notifie sa décision à l'assuré, à la Caisse d'assurance-maladie et à la Caisse d'assurance-invalidité.

Cette dernière peut contester la décision intervenue dans le délai de quinze jours qui suit la réception de la notification.

A cet effet, la Caisse d'assurance-invalidité doit être

saisie de tous les documents susceptibles d'éclairer son jugement.

— Pendant les cinq premières années de jouissance de la pension, l'Union Régionale prononce toutes les décisions de suspension, rétablissement, ou suppression motivées par l'évolution de la capacité de travail de l'assuré ou par l'activité professionnelle dont il témoigne. Toutefois, lorsque l'Union prononce la suppression d'une pension, elle notifie cette décision à la Caisse d'assurance-invalidité qui peut la contester. A cet effet, la Caisse d'assurance-invalidité doit être saisie de tous les documents susceptibles d'éclairer son jugement.

— A l'expiration de la cinquième année de jouissance de la pension, l'Union transfère cette dernière à la Caisse d'assurance-invalidité intéressée.

S'il s'agit d'une pension en cours, elle verse immédiatement le capital de couverture de la pension transférée.

S'il s'agit d'une pension dont le service est suspendu, ce versement est différé jusqu'à rétablissement éventuel.

Toutefois, l'Union Régionale conserve le droit de contester tout rétablissement qui aurait pour conséquence le versement du capital de couverture. A cet effet, l'Union doit être saisie de tous les documents susceptibles d'éclairer son jugement.

Il convient de préciser que les prérogatives nouvelles accordées aux Unions n'auraient pas pour effet d'amoindrir le rôle des Caisses de Capitalisation dont la tâche est rendue chaque jour plus importante par le nombre croissant des pensions transférées.

Il est bien évident que la mise en vigueur de ces dispositions apporterait une amélioration sensible à la gestion du risque invalidité.

Certes, la réforme dont ont bénéficié les Unions régionales lors de la mise en vigueur du décret-loi du 28 octobre 1935 était moins inspirée par le souci de remédier à la médiocrité du régime en vigueur depuis 1933, que dominée par des considérations d'ordre politique et financier.

Il importait, en effet, à l'époque, de trouver les fonds nécessaires au maintien de l'équilibre financier d'ensemble, tout en réduisant la cotisation d'assurance sociale, et l'utilisation de l'actif des anciennes Unions de réassurance devait permettre de donner au grand public l'impression d'une limite apportée à ce qu'il considérait, à tort, comme une thésaurisation inutile.

Mais le législateur d'alors aurait pu se borner à donner aux Unions des prérogatives limitées, semblables à celles dont jouissait, sous l'ancien régime, la Caisse générale de garantie.

En leur attribuant un rôle plus actif, il a condamné la gestion antérieure du risque, tout en manifestant son souci de voir l'assurance-invalidité fonctionner de façon plus satisfaisante.

La principale erreur de l'ancienne législation fut de confier la surveillance de l'invalidité à des organismes n'ayant aucune responsabilité financière, et la constitution des Unions a mis fin à une situation souvent déplorable.

Il est certain que le cadre régional favorise l'exercice d'une surveillance qu'il était très difficile de réaliser dans le cadre national des plus importantes Caisses de capitalisation et de la Caisse générale de garantie.

Il est non moins évident que le rôle d'organismes de contrôle attribué aux Unions a permis de limiter les effets des influences politiques et confessionnelles qui sévissent dans trop de Caisses.

En conclusion, il apparaît clairement que sur les différents problèmes soulevés par l'application de l'assurance-invalidité, l'activité déployée par les Unions Régionales a pleinement justifié la confiance du législateur d'hier.

En supprimant les prérogatives administratives des Caisses de capitalisation au cours des cinq premières années de jouissance des pensions d'invalidité, le législateur de demain apporterait la simplification souhaitée par tous ceux dont les efforts tendent vers une amélioration continue de la loi.

VU et permis d'imprimer,

Le Recteur :

G. ROUSSY.

VU, le Président :

ROGER PICARD.

VU, le Doyen :

GEORGES RIPERT.

BIBLIOGRAPHIE

I. — TRAITES

- ANTONNELLI. — *Guide Pratique des Assurances Sociales*. Payot, Paris.
— *Le droit des Assurances Sociales considéré par rapport aux individus*.
— *Le droit des Assurances Sociales considéré par rapport aux organisations*. (Édités par l'Union des Caisses d'Assurances Sociales, 9, rue Boulreau.
- BONNARD. — *Précis de droit administratif*, 1935, Sirey.
- D^r CHAUVÉAU (C.). — *Commentaire juridique, financier et administratif de la loi des Assurances Sociales*. Paris, 1928. Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- DREYFUS (J.-F.). — *Les prévisions statistiques et financières des Assurances Sociales*. 1923, Les Presses Universitaires de France.
- DURAND. — *L'application pratique de la loi sur les Assurances Sociales*, 1930
- HUBERT, LAPROUST ET JAVERSAC. — *Les Assurances Sociales*. 1930, Dalloz.
- PICARD (Roger). — *Les Assurances Sociales*. Paris, 1930. (Jurisclasseurs. Editeur Godde.
- ROUAUT ET GIVORD. — *Traité de droit des accidents du travail et des maladies professionnelles*.
- SOLUS (Henri). — *Qu'est-ce que les Assurances Sociales ?* Paris, 1928. Librairie du Recueil Sirey).
- SACRET. — *Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, 1921.
- SIRVIN. — *Guide théorique et pratique des Assurances Sociales*, 1935.

II. — THESES

- BOUFFARD (Pierre). — *Les modifications apportées à la gestion administrative et financière des Assurances Sociales par le décret-loi du 28 octobre 1935 et le règlement général du 19 mars 1935*. Bordeaux, 1936.
- BOVET. — *Les Assurances ouvrières obligatoires et leur rôle*. Berne, 1902.
- CAILLES. — *La loi sur les Assurances Sociales et la maternité*. Paris, 1927.
- LEGRE. — *De la coordination du régime général des Assurances Sociales avec les régimes d'Assurances particuliers à diverses professions*.
- LAGUERRE (D.). — *Les caractères internationaux de l'Assurance Sociale*. Montpellier, 1927.
- LEBRAUD (Jean). — *Le risque invalidité dans l'Assurance Sociale en France*. Paris, 1938.

TARDAS. — *Le risque invalidité dans la législation des Assurances Sociales*. Paris, 1938.

TISSERAND. — *Le système financier des Assurances Sociales*. Paris, 1929.

ZERVOS (Jean). — *Les Assurances Sociales en Grèce*. Paris, 1933.

III. — DOCUMENTS ET PUBLICATIONS PERIODIQUES

Journal Officiel. Lois et décrets. Décrets parlementaires.

Circulaires du Ministre du Travail et notes de la Caisse Générale de Garantie. 1930 à 1938.

Publications du Bureau International du Travail.

— Les problèmes généraux de l'Assurance Sociale.

— L'Assurance vieillesse, invalidité, décès obligatoire.

— Evaluation de l'incapacité permanente de gain.

— Evaluation de l'incapacité permanente de gain dans les Assurances Sociales.

Publications périodiques et divers.

Bulletin de documentation de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la région parisienne.

Bulletin officiel de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Le Concours médical. Médecin Conseil. Presse médicale.

Bulletin mensuel des Allocations Familiales et des Assurances Sociales.

IV. — BIBLIOGRAPHIE JURIDIQUE

Dalloz, répertoire pratique.

Dalloz, recueil périodique de jurisprudence.

Table des Matières

	PAGES
Introduction	1
1^{re} Partie : L'assurance invalidité par rapport aux individus..	5
CHAPITRE I. — Bénéficiaires	5
CHAPITRE II. — Etat d'invalidité (origine de l'affection ; évaluation du pourcentage)	7
CHAPITRE III. — Conditions administratives (immatriculation, versements, âge ; recours de l'assuré contre l'employeur défaillant)	20
CHAPITRE IV. — Demande de pension (pièces à fournir formalités à accomplir)	32
Décisions susceptibles d'intervenir (sursis ; refus ; accord)	35
CHAPITRE V. — Pension d'invalidité (entrée en jouissance ; calcul ; service)	38
CHAPITRE VI. — Situation du pensionné (droits ; obligations ; situation au regard des autres risques)	51
CHAPITRE VII. — Suspension de la pension (refus de soumission au contrôle ; retour à la validité ; reprise du travail)	60
CHAPITRE VIII. — Extinction de la pension (décès ; retour à la validité ; vieillesse)	69
CHAPITRE IX. — Situations spéciales (assurés de l'agriculture ; femmes d'assurés inscrites dans l'assurance spéciale ; assurés résidant à l'étranger ; assurés des régions recouvrées ; assurés soumis à des régimes spéciaux d'assurance ; assurés radiés)	81
CHAPITRE X. — Litiges (Commission technique régionale d'invalidité ; composition, compétence, procédure, appel ; Commission d'arrondissement, composition, compétence, appel, cassation)	97

2^e Partie : L'assurance invalidité par rapport aux organismes..	113
CHAPITRE I. — Historique	113
CHAPITRE II. — Prévention de l'invalidité ; soins spéciaux	116
CHAPITRE III. — Instruction de la demande (Caisse maladie, Union Régionale, Caisse invalidité) ; Liquidation de la pension	121
CHAPITRE IV. — Service des arrérages ; service des soins	128
CHAPITRE V. — Contrôles (médical, administratif)	130
CHAPITRE VI. — Transferts (5 années de jouissance ; 60 ans).....	133
CHAPITRE VII. — Recours contre les tiers responsables ; Recours contre les employeurs défailants	139
Conclusion	147

